

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

SYLVIE SICOTTE

LES ATTITUDES DYSFONCTIONNELLES ET LE SOUTIEN SOCIAL

COMME PRÉDICTEURS DE LA DÉPRESSION

CHEZ LES ADOLESCENTS

AVRIL 1998

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Au début des années '90, le National Institute of Mental Health (NIMH) des États-Unis identifiait la dépression comme une priorité de recherche scientifique. Ce trouble touche les jeunes de façon particulière ; les études révèlent que les enfants et les adolescents sont déprimés dans une proportion allant jusqu'à 12 %. Les causes de la dépression sont nombreuses et variées. Différents modèles ont organisé l'explication du phénomène dépressif. L'un des modèles les plus connus et les plus utilisés à l'heure actuelle est le modèle cognitif de Beck (1967). Ce dernier postule que des façons de penser erronées et à connotation négative peuvent s'activer suite à un stress et mener à la dépression. Plusieurs études ont validé cette théorie auprès d'adultes, mais celles réalisées avec des adolescents sont relativement récentes et très peu nombreuses. Selon Baron (1993), la satisfaction à l'égard du soutien disponible semble affecter la santé mentale. De plus, une revue de la documentation suggère qu'une carence du soutien social serait reliée à la symptomatologie dépressive, mais cette théorie n'est que faiblement appuyée chez les adolescents. La présente étude comprend trois objectifs : vérifier le lien entre la présence d'attitudes dysfonctionnelles et l'état dépressif ainsi que celui existant entre ce même état dépressif et le soutien social perçu et s'enquérir du soutien social en tant que modérateur dans la relation entre les attitudes dysfonctionnelles et la dépression. L'échantillon se compose de 240 répondants âgés entre 13 et 17 ans. Les participants sont des élèves du secteur général provenant d'une école secondaire publique de la région trifluvienne. Trois instruments de mesure ont permis de recueillir les données nécessaires à la réalisation du projet. Le Questionnaire de dépression de Beck (QDB) est une mesure auto-évaluative de la dépression. L'Échelle des attitudes dysfonctionnelles (EAD) a pour but de mesurer l'intensité de schèmes cognitifs dépressogènes qui sont associés à la dépression (Beck, 1976 : dans Baron, 1993). Finalement, le « Perceived Social Support » (PSS) (Procidano & Heller, 1983) mesure le

degré de satisfaction des besoins perçu par le répondant. Cet instrument évalue séparément le soutien de la famille et des amis. Les résultats de la présente étude confirment que les adolescents du groupe dépressif entretiennent davantage d'attitudes dysfonctionnelles que ceux du groupe contrôle. Le modèle cognitif de Beck (1961) est donc validé auprès d'une population d'adolescents francophones. Le groupe d'adolescents dépressifs rapporte moins de soutien social de la famille et des pairs que le groupe contrôle non-dépressif. De plus, les résultats démontrent que le soutien de la famille prédit davantage la dépression que le soutien des amis. Une précision est donc apportée dans l'état des connaissances sur le rôle du soutien social dans le phénomène dépressif à l'adolescence. Par ailleurs, les résultats ne permettent pas de considérer le soutien social comme un facteur modérateur entre les attitudes dysfonctionnelles et la dépression. Il est à noter que l'influence des variables étudiées est différente selon le sexe des répondants. Les filles affichent des taux plus élevés de dépression que les garçons et ce, même si elles perçoivent recevoir davantage de soutien social. D'ailleurs, une analyse plus approfondie démontre que le soutien des amis est inefficace dans leur cas. Les variables incluses dans la présente étude (les attitudes dysfonctionnelles, le soutien de la famille et le soutien des amis) permettent d'expliquer 25% du phénomène dépressif chez les garçons et 47% chez les filles. Il s'avère important de poursuivre les recherches pour clarifier la portion inexpliquée de la dépression, surtout chez les garçons. La présente étude permet toutefois d'insister sur l'importance de considérer le fonctionnement cognitif et le soutien social dans la prévention et le traitement de la dépression.

Remerciements

L'auteur tient à témoigner sa gratitude à sa directrice de recherche madame Diane Marcotte pour son encadrement soutenu tout au long du projet. Ses conseils judicieux et son professionnalisme ont grandement contribué à la qualité du travail réalisé. Enfin, la confiance et la motivation démontrées et transmises par madame Marcotte furent très appréciées.

L'auteure exprime sa reconnaissance aux élèves, au personnel enseignant de même qu'au directeur, M. Jacques Lessard, de l'École secondaire Ste-Ursule de Trois-Rivières.

Un merci tout spécial à Caroline Richard pour sa précieuse collaboration à la correction de l'orthographe, de la grammaire et de la présentation littéraire du document.

Table des matières

Liste des tableaux	vi
Introduction.....	1
Contexte théorique	5
Le phénomène de la dépression	6
Le phénomène chez les adolescents	11
Épidémiologie	14
Le modèle cognitif de la dépression	17
Soutien social	21
Objectif de recherche et hypothèses	29
Méthode	30
Participants	31
Instruments de mesure	31

Déroulement	36
Résultats	37
Analyse des données	38
Présentation des résultats	41
Discussion	53
Conclusion	65
Références	69
Appendices	81
Appendice A : Formulaire de consentement des adolescents	82
Appendice B : Formulaire de consentement des parents	83

Liste des tableaux

Tableau

1	Moyennes et écart-types des variables selon l'âge et le sexe	42
2	Résultats des analyses de variance Sexe x Âge (N=240)	43
3	Moyennes et écart-types des variables selon le sexe et le groupe déprimé - non déprimé	45
4	Résultats des analyses de variance Sexe x Groupe de dépression (N=211)	46
5	Intercorrélations entre les variables (N=240)	50
6	Régression multiple des variables dépendantes sur la dépression	52

Introduction

Un sentiment de tristesse envahissant et une absence criante d'intérêt ou de plaisir ; voilà deux indices déterminants suggérant la dépression. Il en existe d'autres : troubles de l'appétit et du sommeil, fatigue, dévalorisation, difficultés de concentration, pensées négatives et morbides. En fait, le dictionnaire de la psychologie (Larousse, 1991) définit la dépression comme une « maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement ».

Les plus récentes études portant sur le trouble dépressif permettent de réaliser l'ampleur du phénomène dans la population. Au début des années '90, le National Institute of Mental Health (NIMH) des États-Unis identifiait ce trouble comme une priorité de recherche scientifique. Les jeunes sont particulièrement touchés avec des taux grimant jusqu'à 12 % des adolescents (Barrera & Garrison-Jones, 1988 ; Garber, Weiss & Shanley, 1993). Déjà en 1972, Ansell considérait la dépression comme une des maladies psychiques les plus importantes parmi les enfants et les adolescents.

À ce stade-ci, certaines questions viennent à l'esprit : Qu'est-ce qui cause la dépression ? Qui peut en souffrir ? Peut-on la prévenir, en modérer les effets ? Faute de répondre précisément à toutes ces questions, le modèle cognitif de Beck (1967 : dans Baron 1993) fournit des pistes explicatives. Selon ce dernier, la dépression est le résultat de processus cognitifs inadéquats qui amènent l'individu à tout percevoir de façon négative. Ces processus erronés impliquent des attitudes dysfonctionnelles qui sont présentes chez certaines personnes dans un état latent. Elles peuvent s'activer suite à un stress et mener à la dépression.

Plusieurs études ont été réalisées auprès d'adultes pour valider cette théorie. En effet, les auteurs (Eaves & Rush, 1984 ; Peselow, Robins, Block, Barouche & Fieve, 1990 ;

Zimmerman, Coryell, Corenthal & Wilson, 1986) arrivent à la conclusion que les groupes de patients dépressifs montrent plus d'attitudes dysfonctionnelles que les groupes de patients non-dépressifs ou que les groupes de contrôle.

Le soutien social joue également un rôle important dans la compréhension du phénomène dépressif. Une revue de la documentation permet d'affirmer que la dépression est reliée à une carence de soutien social (Eisemann, 1985 (voir Hodgins, 1995) ; Zuroff, Igreja & Mongrain, 1990 ; Lyons, Perrotta & Hancher-Kvam, 1988).

La présente étude évalue le rôle des attitudes dysfonctionnelles et du soutien social dans le phénomène de la dépression. La population concernée est différente toutefois de celle des études citées plus haut. Il s'agit ici d'adolescents francophones de 13 à 17 ans. La présence d'un effet modérateur du soutien social sur les attitudes dysfonctionnelles constitue par ailleurs, une question de recherche innovatrice qui sera abordée.

Le travail est orienté vers trois objectifs précis. Premièrement, vérifier le lien positif entre la présence d'attitudes dysfonctionnelles et l'état dépressif. Deuxièmement, vérifier le lien négatif entre ce même état dépressif et le soutien social perçu. Finalement, s'enquérir du soutien social en tant que modérateur dans la relation entre les attitudes dysfonctionnelles et la dépression.

Le document qui suit fera d'abord le point sur l'état des connaissances concernant la dépression. Ce phénomène sera étudié plus précisément par le biais de la théorie cognitive de Beck. Une attention particulière sera également portée à la relation entre la dépression et les attitudes dysfonctionnelles dans un premier temps et celle entre la dépression et le soutien social dans un second temps. Après l'énoncé des hypothèses de recherche, le lecteur

trouvera une description détaillée de l'échantillon ainsi que des instruments de mesure utilisés. La section suivante communiquera les résultats obtenus. Finalement, la discussion et la conclusion porteront un regard objectif sur le travail de recherche et sur les conclusions qu'il permet de tirer.

Contexte théorique

LE PHÉNOMÈNE DE LA DÉPRESSION

Comme c'est le cas pour plusieurs maladies mentales, le concept de la dépression a beaucoup évolué au cours de l'histoire. Il faut remonter jusqu'à la période biblique pour trouver la première référence à la maladie dépressive, qui serait l'un des troubles mentaux les plus anciennement connus, selon Mc Keon (1989). L'Ancien Testament la décrit comme une « affection de l'esprit » (Pour une revue historique de la dépression, voir Silverstein, 1990). C'est au cours du 4^e siècle qu'une définition médicale de cette affection fut élaborée pour la première fois. En effet, Hippocrate, un physicien grec, a identifié la mélancolie comme un « trouble mental comportant une peur et une dépression prolongées ».

Vers la fin du 19^e siècle, Kraepelin a isolé le phénomène dépressif, affirmant que celui-ci était une maladie distincte de la maniaco-dépression. Cette découverte amena l'abolition du terme « mélancolie » que l'on remplaça par celui de « dépression » qui devenait ainsi le terme diagnostique de la maladie dépressive. Le mot dépression vient du latin, «deprimere», qui signifie s'enfoncer.

À partir de là, plusieurs explications ont été avancées pour identifier les causes possibles de la maladie. Ce n'est, cependant, qu'au début du 20^e siècle que la première hypothèse psychologique apparut. Effectivement, on commença à penser que la dépression était causée par un traumatisme psychologique, car certains déprimés se sentaient mieux après avoir parlé à un psychiatre. Cette théorie fut remise en question dans les années 50-60 par des scientifiques et des médecins. Ces derniers avaient découvert que la dépression pouvait être soulagée en corrigeant les déséquilibres chimiques du cerveau par l'administration de médicaments antidépresseurs ; l'hypothèse d'un déséquilibre neuro-

chimique était alors validée au dépend de celle d'un traumatisme psychologique (Silverstein, 1990).

Aujourd'hui, nous pouvons constater que l'histoire a mis en lumière diverses causes possibles de la dépression. Certains auteurs se sont arrêtés à l'une d'elles plutôt qu'à une autre, tandis que de nouvelles idées continuent de surgir. Nous retrouvons ainsi aujourd'hui plusieurs modèles, à des degrés d'élaboration divers qui expliquent la dépression de façons très différentes. Les prochains paragraphes décriront les modèles les plus utilisés à l'heure actuelle. Ces différents modèles peuvent être classés en deux catégories soit l'approche biologique (ou médicale) et les approches psychologiques.

Le modèle médical insiste sur l'aspect interne et génétique de la dépression. Les médecins et les psychiatres partisans de cette approche ont défini ce qu'ils ont appelé la «dépression endogène » ; qui aurait une cause interne (Mc Keon, 1989 ; Silverstein, 1990). Il a donc été proposé que la cause de la dépression serait un déséquilibre de la quantité de neurotransmetteurs (substances chimiques du cerveau) qui sont reconnus pour jouer un rôle majeur dans la régulation des émotions ou de l'humeur (Par exemple, la norepinephrine, la sérotonine et la dopamine). Certains auteurs (McKeon, 1989 ; Weissman, 1983) ajoutent que ce déséquilibre serait transmis par les gènes d'une génération à l'autre.

Il est probable que les gènes jouent un rôle dans la dépression. McKeon (1989) souligne cependant que 30% des personnes à risque génétiquement ne développent pas la maladie. Il explique cette statistique par l'intervention de l'environnement qui aurait un effet sur l'apparition de la dépression. Selon lui, « le terme environnement désigne toutes les influences autres que l'hérédité, (...) comme les infections, le stress, les blessures à la tête,

le régime alimentaire, les expériences psychologiques de l'enfance, etc ». Ce dernier facteur introduit la deuxième catégorie de modèles, soit les approches psychologiques.

Parmi celles-ci, l'on retrouve l'une des plus anciennes, l'approche psychodynamique. L'idée de base de cette perspective est la perte d'un objet comme instigateur de la dépression (Cloutier, 1982 ; Mann, 1988 ; Mastropalo, 1971 ; McKeon, 1989). Cette perte peut être réelle comme le décès d'un proche ou d'un animal, un divorce, un déménagement, une rupture amoureuse ou amicale, etc. Les psychanalistes croient toutefois que le trouble dépressif peut aussi être causé par une perte symbolique, plus subtile. À ce sujet, Freden (1982) explique que chaque être humain se crée spontanément des attentes face à la façon dont ses besoins primaires d'amour et d'estime seront comblés. Cependant, la réalité ne correspond pas toujours aux désirs et lorsque le fossé est trop grand entre le désir et la réalité, l'individu vit un sentiment de perte. Ainsi, la perte de l'amour et d'estime de soi sont des exemples de deuils symboliques qui peuvent entraîner la dépression.

Les deux modèles suivants présentent un caractère psychosocial. D'abord, Lewinsohn (voir Baron, 1993 ; Féline, Hardy & De Bonis, 1991 ; Freden, 1982) estime que les relations entre l'individu et son environnement peuvent être perturbées par des événements stressants. Lors d'une situation difficile, les éléments négatifs de l'environnement prennent le dessus en devenant plus importants, tant du point de vue qualitatif que du point de vue quantitatif, que les éléments positifs. L'individu, affecté par ce phénomène, réagit en s'auto-dépréciant et en s'isolant de cet environnement. Cette réaction accentue le malaise dépressif en privant l'individu de l'influence positive que l'environnement pouvait encore lui apporter. Une autre théorie proposée par Seligman (1975) et nommée « impuissance apprise » (voir Baron, 1993 ; Cloutier, 1982 ; Freden, 1982), stipule qu'une personne devient dépressive parce qu'elle croit qu'elle n'a pas de contrôle sur les événements qui lui arrivent. Certaines

expériences passées l'amènent donc à considérer que ses actions n'ont aucun effet sur ses succès ou ses échecs. Cette personne cesse alors de faire des efforts, ce qui l'amène au découragement et à la dépression.

À partir de 1975, le modèle psychanalytique et les autres théories populaires de l'époque subirent une sérieuse remise en question par l'émergence de nouvelles conceptions en psychopathologie, soit les approches cognitives et comportementales. Celles-ci sont rapidement devenues prédominantes dans la recherche sur les causes et le traitement de la dépression (Zimmerman & Coryell, 1986). D'ailleurs, l'approche cognitiviste de Beck, élaborée il y a plus de trente ans, profite depuis d'un intérêt particulier de la part des chercheurs. Ce modèle sert de fondement théorique à la présente recherche et il est traité en détail au début du deuxième chapitre intitulé « Le modèle cognitif de la dépression ».

Enfin, aujourd'hui, la plupart des experts croient que la dépression est causée par une combinaison de raisons biologiques et psychologiques (Silverstein, 1990). McKeon (1989) précise que la vulnérabilité génétique reste en sommeil jusqu'à ce que l'influence d'un ou plusieurs facteurs de l'environnement (infections, stress, blessures à la tête, régime alimentaire, expériences psychologiques de l'enfance, etc.) la montre au grand jour.

Les Symptômes

Parmi la gamme de symptômes associés à la dépression, certains éléments sont essentiels au diagnostic de trouble dépressif. C'est le cas de l'humeur dépressive (tristesse) et la perte de l'intérêt ou du plaisir ; au moins un de ces deux éléments doit être présent. (Delay, 1946/1961 ; DSM-IV, 1996 ; Féline et al, 1991 ; Silverstein, 1990). D'ailleurs, la dépression est classée dans la catégorie que le « Diagnostic and Statistical Manual of mental

disorders » (DSM III-R) appelle depuis 1987 : « Troubles de l'humeur ». Delay (1946/1961) définit l'humeur comme : « une disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur » (p.1).

D'autres symptômes sont reliés à la dépression, sans toutefois être individuellement essentiels au diagnostic. En fait, le DSM IV (1996) exige la présence d'au moins cinq des symptômes de la liste suivante : perte ou gain de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, pensées de mort récurrentes. Certains auteurs (DSM IV, 1996 ; Mann, 1988 ; Silverstein, 1990) parlent aussi de plaintes physiques (somatiques) assez fréquentes chez les dépressifs.

En fait, pour contribuer à un syndrome dépressif, les symptômes énumérés précédemment doivent répondre à un certain nombre de critères. Ils doivent d'abord être au nombre de cinq ou davantage (DSM IV, 1996) et présents de façon permanente, c'est-à-dire tous les jours (DSM IV, 1996 ; Féline et al, 1991). Ainsi, la façon dont la routine quotidienne est affectée au niveau social, professionnel ou autre, donne une bonne indication de la sévérité de la dépression (Delay, 1946/1961 ; DSM IV, 1996 ; Féline et al, 1991 ; McKeon, 1989). De plus, le DSM-IV exige que les symptômes soient présents pendant au moins deux semaines consécutives pour conclure à un trouble dépressif. D'autres auteurs (DSM IV, 1996 ; Mann, 1988 ; Silverstein, 1990) accordent également une importance significative à la notion de durée, sans laquelle les autres critères perdent leur valeur.

LE PHÉNOMÈNE CHEZ LES ADOLESCENTS

Avant le milieu du 19^e siècle, nous n'avons aucune trace d'une quelconque réflexion sur les troubles psychologiques de l'enfance ou de l'adolescence. Ce n'est que dans les années 1920 et 1930 qu'un nouveau champ d'étude sur la psychopathologie infantile se dessine (Goodyer, 1995). Les premières théories élaborées dans ce domaine sont presque toutes fondées sur le modèle psychanalytique, dont les premiers auteurs sont Hall et Freud. Le concept de « Storm and stress », de Hall, décrit l'adolescence comme « une période d'agitation émotionnelle, caractérisée par des comportements pathologiques temporaires reflétant des réactions normales d'adaptation aux stress développementaux » (voir Baron, 1993). D'ailleurs, les psychanalystes affirment que la dépression ne peut affecter que des adultes, car il s'agit d'un phénomène lié au Surmoi et, selon eux, celui-ci n'atteint sa maturité que vers la fin de l'adolescence (Beres, 1966 ; Goodyer, 1995 ; Rie, 1966 ; Silverstein, 1990).

Dans la seconde partie du 20^e siècle, on commence à envisager la possibilité que des enfants et des adolescents soient sujets à des états émotionnels anormaux (Goodyer, 1995). Les premières définitions du phénomène dépressif se sont élaborées entre 1960 et le début des années '80 et elles s'avèrent, tel que spécifié par Marcotte (1995), très variées et parfois inconsistantes. Elle cite en exemple le concept de « dépression masquée » qui était très utilisé à cette époque. Il était suggéré que les enfants et les adolescents pouvaient exprimer leurs sentiments dépressifs par des comportements non spécifiques au trouble dépressif. Ainsi, on croyait que la dépression pouvait être présente sous différents symptômes tels que l'hyperactivité, l'agressivité, la délinquance, les phobies, l'éneurésie, l'anxiété, le retrait social, les plaintes somatiques ou les difficultés scolaires (Cytryn & McKnew, 1972 ; Glaser, 1974 ; Toolan, 1960). Le concept de dépression masquée entraînait un problème

important car il était devenu très difficile de dissocier la dépression des autres troubles. Cette situation causait une paralysie dans l'élaboration d'une définition précise du trouble de dépression.

La première démonstration scientifique de l'existence de la dépression chez des enfants et des adolescents vient d'une étude de Sandler et Joffe en 1965. Ceux-ci ont fait correspondre le relevé psychoanalytique de 100 enfants avec des portraits associés généralement à des affects dépressifs : tristesse, retrait social, insatisfaction, sentiment de rejet, passivité et insomnie. Ensuite, les chercheurs des années 1970 et 1980 sont nombreux (p. ex. : Rutter, Graham, Chadwick & Yule, 1976 ; Strober, 1986 ; Manning, 1983) à rejeter l'existence de perturbations émotionnelles et comportementales chez tous les adolescents. Ainsi, la dépression devient pathologique chez les enfants et les adolescents.

En fait, c'est en 1980 que la dépression chez les enfants et les adolescents est reconnue officiellement. L'American Psychiatric Association inclut alors dans la troisième édition de son DSM-III (1980), les critères diagnostiques précis qui définissent la dépression chez les jeunes. Cet événement est d'une grande importance, car il facilite le travail des chercheurs dans ce domaine, ceux-ci voyant d'ailleurs leur nombre augmenter considérablement.

Les Symptômes

Les auteurs du DSM III (1980) considèrent que le noyau de symptômes essentiels au diagnostic de dépression chez les jeunes est semblable à celui des adultes et cette distinction demeurera présente dans les éditions suivantes du DSM, soit le DSM-III-R (1987) et le

DSM-IV (1996). D'ailleurs, plusieurs auteurs (par exemple : Carlson & Garber, 1986 ; Haley, Fine , Marriage, Moretti & Freeman, 1985 ; Peterson & Hamburg, 1986 ; Puig-Antich, 1982) viennent confirmer que les caractéristiques principales de la dépression sont les mêmes chez les adolescents et chez les adultes.

Tout en adhérant à ce point de vue, les auteurs contemporains tendent à mettre en lumière l'importance de la concomitance chez les adolescents dépressifs. Ainsi, dans une revue de la documentation, Angold et Costello (1993) rapportent des taux de concomitance assez élevés avec le trouble de conduite oppositionnel avec provocation (21 à 83%), le trouble de déficit d'attention (jusqu'à 57,1%) et le trouble d'anxiété (30 à 75%). Cette dernière manifestation est aussi associée au trouble de dépression majeure par le DSM-IV (1996) et Barrera et Garrison-Jones (1988). Le retrait social, semble également assez généralisé et caractéristique de la dépression chez les jeunes (Peterson & Hamburg, 1986 ; Stark, 1990). Ensuite, les auteurs (Cloutier, 1982 ; DSM III-R, 1987 ; Puig-Antich, 1982; Silverstein, 1990) insistent sur l'importance des problèmes scolaires comme la diminution de l'intérêt, le manque de concentration et la baisse des résultats. Finalement, il faut souligner la présence marquée de comportements délinquants associés à la dépression. Le plus répandu de ces comportements est l'agressivité ou l'irritabilité (DSM III-R, 1987 ; Peterson & Hamburg, 1986 ; Silverstein, 1990). Le désir de fuguer (DSM III-R, 1987 ; Reynolds, 1992 ; Silverstein, 1990) et l'abus de substances (Silverstein, 1990) peuvent aussi accompagner les symptômes dépressifs chez les adolescents.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Il est difficile, encore aujourd'hui, de saisir l'ampleur du phénomène dépressif dans la population. En effet, les taux de dépression rapportés varient considérablement d'une étude à l'autre qu'elles soient réalisées avec des adultes, des adolescents ou des enfants. Dans son livre sur la dépression infantile, Stark (1990) fournit des hypothèses pour éclaircir cette situation. Ces pistes explicatives peuvent également s'appliquer à la population adolescente.

1. Les populations sont différentes (générales ou cliniques).
2. Les critères diagnostiques sont différents.
3. Les méthodes utilisées pour identifier les enfants dépressifs sont variables (auto-évaluations, entrevues, etc.).
4. Il y a eu variation dans le choix de l'informateur consulté pour évaluer la dépression (l'enfant, le parent, un professionnel de la santé).
5. Les mesures utilisées pour quantifier la présence et la sévérité de la symptomatologie dépressive sont différentes.
6. L'âge des répondants varie.
7. Dans certaines études, il est impossible de connaître la fidélité inter-juges pour les diagnostics.
8. Le degré de sévérité requis pour le diagnostic diffère.
9. Certaines études rapportent seulement la prévalence des dépressions majeures, tandis que d'autres incluent aussi les troubles dysthymiques, bipolaires et cyclothymiques.
10. Certaines études rapportent les taux actuels, alors que d'autres considèrent les dépressions passées et présentes.

Flemming et Offord (1990) ont fait une synthèse de quatorze études portant sur l'épidémiologie de la dépression infantile et adolescente. Ils rapportent des taux de dépression majeure (actuelle ou dans les six derniers mois) de 0,4 à 6,4 %. D'autres auteurs ont trouvé des taux allant jusqu'à 12 % (Barrera & Garrison-Jones, 1988 ; Garber, Weiss & Shanley, 1993 ; Teri, 1982) chez les adolescents en général. Quant à elles, les populations cliniques d'adolescents présentent des pourcentages manifestement plus élevés, soit de l'ordre de 28 à 46 % (Barrera & Garrison-Jones, 1988 ; Marton, Churchard & Kutcher, 1993). Dans le milieu québécois, la fréquence de dépressions oscille entre 4,2 et 17 % de la population non-clinique d'adolescents. L'utilisation d'une procédure d'entrevue diagnostique ou auto-évaluative contribue à l'écart (Baron & Laplante, 1984 ; Bergeron, Valla & Breton, 1992 ; Marcotte, 1996 ; Marcotte & Baron, 1993).

L'étude épidémiologique de la dépression permet de cerner deux facteurs qui influencent de manière importante la distribution de ce trouble dans la population. Il s'agit d'abord du sexe de la personne. En effet, dans la communauté scientifique, un consensus se dégage selon lequel les femmes souffrent davantage de la dépression que les hommes ; le ratio est de l'ordre de deux femmes pour un homme (DSM-IV, 1996 ; McKeon, 1989 ; Marcotte, 1995). Cette différence débute à l'adolescence (Baron, 1993 ; DSM-IV, 1996 ; Friedrich, Reams & Jacobs, 1988 ; Marcotte, 1995) et se poursuit à l'âge adulte (DSM-IV, 1996 ; Freden, 1982 ; Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman & al., 1994).

L'âge constitue le deuxième facteur important dans l'apparition du trouble dépressif. Les études démontrent que l'on trouve davantage de diagnostics de dépression majeure chez les adolescents que chez les enfants prépubères (Flemming & Offord, 1990 ; Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant, 1993). L'incidence du trouble augmente

avec l'âge durant la période de l'adolescence (Garber, Weiss & Shanley, 1993) pour atteindre son plus haut niveau vers 17-18 ans et se stabiliser à l'âge adulte (Petersen et al., 1993 ; Radloff, 1991). Quelques études ont toutefois trouvé une évolution légèrement différente, soit un sommet vers 15-16 ans et une diminution de l'incidence entre 16 et 19 ans (Baron, 1993 ; Connelly, Johnston, Brown, Mackay & Blackstock, 1993 ; Siegel & Griffin, 1984).

Les aspects épidémiologiques suivants ont une influence moindre et parfois ambiguë sur la présence du trouble dépressif. En ce qui a trait au statut socio-économique, certains auteurs concluent qu'un plus grand nombre de dépressions est relevé dans des milieux socio-économiques inférieurs et moyens que dans la classe supérieure (Exemples : Bird, Canino, Rubio-Stipec, Gould, Ribera, Sesman & al. 1988 ; Eisemann, 1986 (voir Hodgins, 1995) ; Brown & Harris, 1978 ; Siegel & Griffin, 1984). D'autres trouvent par ailleurs une relation inversée ou, tout simplement, une absence de relation entre le statut socio-économique et la dépression à l'adolescence (Baron, 1993 ; DSM-IV, 1996 ; Kashani, Burbach & Rosenberg, 1989). Concernant l'éducation, Cohen et al. (1954) observent que les adultes dépressifs de leur échantillon ont été soumis à de fortes pressions de réussite scolaire et sociale. D'autres auteurs (par exemple : Bird et al., 1988 ; Flemming et al., 1989 et Garrison et al., 1989, ont trouvé un lien significatif entre les faibles résultats scolaires et la dépression. Finalement, certains auteurs (Costello, Costello, Edelbrock, Burns, Dulcan, Brent & Janiszewski, 1988 ; DSM-IV, 1996 ; Kashani, McGee, Clarkson, Anderson, Walton, Williamson & al., 1983 ; Williams, Mc Gee, Anderson & Silva, 1989) n'ont trouvé aucune corrélation entre la dépression et les performances à l'école ou le niveau scolaire atteint.

Selon Flemming et Offord, (1990), il n'y a pas de relation claire entre la race et le taux de dépression dans les populations étudiées. Par ailleurs, le DSM-IV (1996) et McKeon (1989) estiment que la culture peut agir sur la façon dont la dépression est vécue et exprimée par le sujet. Peu d'études ont observé la provenance géographique des personnes atteintes de dépression. Toutefois, les auteurs (p. ex. : Offord, Boyle, Szatmari, Rae-Grant, Links, Cadman & al., 1987 : voir Baron, 1993) ont noté une plus grande concentration de troubles dépressifs en milieu urbain qu'en milieu rural.

LE MODÈLE COGNITIF DE LA DÉPRESSION

Le Modèle Théorique

La présente recherche s'inscrit dans le cadre du modèle cognitif-béavioral que Beck a élaboré en 1967 (voir Baron, 1993 ; Féline et al., 1991). Celui-ci stipule que des expériences particulières durant l'enfance amènent certains individus à développer des processus cognitifs inadéquats. Ils se forment des ensembles d'attitudes, de croyances et de présuppositions à caractère négatif, qui agissent dans la façon de percevoir la réalité. Ces ensembles de règles rigides et perfectionnistes (Kuiper, Olinger & Martin, 1988) sont considérés comme un trait de la personnalité, donc relativement stables (Vasquez & Ring, 1993). Présents initialement de façon latente, ils seraient activés surtout lors d'événements stressants. Ainsi, une personne peut être cognitivement vulnérable à la dépression sans jamais présenter les symptômes de la maladie puisqu'aucun stress n'aura activé le processus qui mène au diagnostic. Dans le cas contraire, les structures de pensées inadéquates, nommées « schèmes cognitifs », produisent des erreurs de traitement de l'information telles que l'inférence arbitraire, l'abstraction sélective, la dichotomisation, la surgénéralisation et la

personnalisation. Celles-ci créent chez l'individu une vision faussement négative de lui-même, du monde et de l'avenir, nommée la « triade cognitive». Les représentations pessimistes amènent alors chez l'individu de l'apathie, un sentiment d'impuissance et le désespoir que l'on retrouve dans la dépression. D'ailleurs, Weissman et Beck (1978 : voir Marton & al., 1993) suggèrent que les individus qui entretiennent beaucoup d'attitudes et de croyances négatives sont davantage vulnérables à la dépression.

Les Recherches Empiriques sur l'Application du Modèle Cognitif de la Dépression

Une quantité impressionnante de recherches ont porté sur le modèle cognitif de Beck et ont validé son application auprès de populations adultes. D'abord, Kuiper, Olinger et Martin (1988) ont effectué une expérience en laboratoire pour évaluer l'effet des attitudes dysfonctionnelles. Ils ont trouvé que les individus ayant un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles sont plus anxieux socialement et plus conscients d'eux-même, endossent une perception plus négative de la tâche et de l'expérimentateur (désapprobation et rejet) et attribuent aux événements stressants une plus grande importance et davantage d'impact émotionnel. Hollon, Kendall et Lumry (1986) ont pu associer les résultats au EAD avec la présence de troubles psychopathologiques en général. De leur côté, Vazquez et Ring (1993) ont démontré que les attitudes dysfonctionnelles ne sont pas affectées par les changements d'humeur, validant ainsi la notion de stabilité énoncée par Beck. Avec leur étude longitudinale échelonnée sur douze mois, Zuroff, Igreja et Mongrain (1990) en arrivent également à la conclusion que les attitudes dysfonctionnelles de même que la dépendance et l'auto-critique sont stables dans le temps. Cette recherche réalisée auprès de 46 participants féminins précise que la stabilité des variables cognitives et de personnalité accentue la vulnérabilité face aux états dépressifs. Finalement, plusieurs études cliniques (Eaves & Rush, 1984 ; Peselow, Robins, Block, Barouche & Fieve, 1990 ; Zimmerman, Coryell,

Corenthal & Wilson, 1986) ont utilisé le « Dysfunctional Attitude Scale » (DAS) pour conclure que le groupe de patients dépressifs montre davantage d'attitudes dysfonctionnelles que le groupe de patients non-dépressifs ou que le groupe normal.

Les travaux réalisés auprès d'adolescents sont encore peu nombreux, quoique ce groupe d'âge suscite de plus en plus d'intérêt de la part des chercheurs dans le domaine de la dépression. Parmi les études s'intéressant à cette population, une tendance semblable à celle des adultes se dessine. Ainsi, Haley et al. (1985) ont étudié une population de 39 enfants et adolescents (de 8 à 16 ans), admis soit aux services internes ou externes d'un hôpital psychiatrique. Ils ont trouvé un résultat plus élevé sur le « Cognitive Bias Questionnaire for Children », pour les participants déprimés que pour les participants non déprimés. Pour leur part, Thurber, Crow, Thurber & Woffington (1990) ainsi que Marton, Churchard et Kutcher (1993) ont obtenu des résultats similaires avec des instruments différents, soit le «Children Negative Cognition Questionnaire» pour les premiers et le DAS pour les seconds. Dans les deux cas, les groupes d'adolescents cliniquement déprimés endossaient davantage de distorsions cognitives que les groupes de patients psychiatriques non déprimés et d'adolescents normaux. Finalement, Garber, Weiss et Shanley (1993) ont réalisé une étude incluant 12 mesures, auprès d'étudiants d'une école secondaire. Cette étude illustre que des niveaux élevés de symptômes dépressifs sont associés à plus de pensées automatiques négatives (« Automatic Thoughts Questionnaire »), d'attitudes dysfonctionnelles (DAS), de désespoir (« Children's Hopelessness Scale ») et davantage d'impuissance apprise («Children's Attributional Style Questionnaire»).

Dans la francophonie, Marcotte (1995) a étudié une population d'adolescents (11 à 18 ans) fréquentant le milieu scolaire. Dans cette étude, une corrélation positive ressort entre la dépression et les pensées automatiques négatives (évaluées par « l'Inventaire des Pensées

Automatiques Négatives »), de même qu'entre la dépression et les croyances irrationnelles (évaluées par le « Questionnaire des Croyances Personnelles »).

Peu d'auteurs se sont attardés à l'étude du lien entre les attitudes dysfonctionnelles et le sexe ou l'âge chez des répondants adolescents. D'abord, Marcotte (1995) a utilisé deux mesures cognitives pour évaluer le lien entre le sexe et l'irrationalité chez des adolescents de 11 à 18 ans. Les résultats démontrent une différence significative sur l'Inventaire des pensées automatiques négatives, mais aucun effet du sexe n'apparaît sur le Questionnaire des croyances personnelles. Ainsi, le taux de croyances personnelles est semblable chez les garçons et les filles. Cependant, on retrouve chez ces dernières, un langage intérieur plus pessimiste que chez leurs collègues masculins.

En ce qui concerne le facteur âge, Garber, Weiss et Shanley (1993) ont réalisé des analyses avec l'emploi de différentes mesures cognitives, soit le DAS, le « Imaginary Audience Scale » (IAS), le « Self-Consciousness Scale » (SCS), « l'Egocentrism Scale-Imaginary Audience » (ES-IA), « l'Egocentrism Scale-Personal Fable » (ES-PS) et « l'Egocentrism Scale-Self-focused Attention » (ES-SFA). Aucun de ces instruments n'était corrélé avec l'âge de façon significative. Après avoir séparé l'échantillon en deux groupes, soit les 12-15 ans et les 16-19 ans, les résultats demeurent les mêmes pour le groupe plus âgé, sauf avec l'utilisation du « l'Imaginary Audience Scale » qui révèle une relation négative significative avec l'âge. Par ailleurs, dans le groupe plus jeune, les corrélations sont positives et significatives entre l'âge et chacune des mesures cognitives, mais de façon modérée. Ainsi, entre 12 et 15 ans, il y a une légère augmentation de l'audience imaginaire, de la conscience de soi et de l'égoïsme (dans les trois sous-échelles), alors qu'entre 16 et 19 ans, on retrouve une diminution de l'audience imaginaire. De son côté, Marcotte (1995) obtient des résultats mitigés avec des participants âgés de 11 à 18 ans, qui ont été

séparés en quatre groupes, soit les 11-12 ans, les 13-14 ans, les 15-16 ans et les 17-18 ans. Les analyses de variance n'ont fait ressortir aucune relation significative entre l'âge et l'inventaire des pensées automatiques négatives, que ce soit pour le score global ou le score obtenu aux deux sous-échelles. Par contre, les résultats au Questionnaire des croyances personnelles varient de façon significative en fonction des groupes d'âge. Dans cette étude, le degré de croyances irrationnelles diminue avec l'âge entre 11 et 18 ans avec une légère remontée à 15-16 ans, dans cette étude. Suite aux résultats de leurs analyses, les deux auteurs (Garber et al., 1993 ; Marcotte, 1995) suggèrent d'étudier le développement des pensées négatives chez des pré-adolescents ou même des enfants afin de mieux comprendre l'aspect développemental des cognitions dépressogènes.

SOUTIEN SOCIAL

Dans son livre traitant de la dépression chez les adolescents, Baron (1993) situe le soutien social dans les corrélats psychosociaux reliés à la problématique dépressive. La notion de « soutien social » est, selon Barrera (1986 : voir Procidano, 1992), généralement reconnue comme un « méta-construit » qui comprend plusieurs aspects, soit le sentiment d'appartenance (« social embeddedness »), le soutien reçu ou réel (« enacted support ») et la perception du soutien (« perceived social support »). Les instruments élaborés pour évaluer le soutien social, permettent de préciser la définition de cette notion. Ainsi, Orth-Gomer et Unden (1987) ont réparti ces mesures en deux groupes : les mesures décrivant le réseau et les interactions sociales de façon quantitative tel que le nombre de personnes disponibles (Compas, Slavin, Wagner & Vannatta, 1986) et celles évaluant les fonctions et l'adéquation du soutien social telle que la satisfaction que procure le soutien (Barrera & Garrison-Jones, 1992 ; Compas & al., 1986 ; Tessier, 1993).

Parmi les différentes composantes du soutien social, la perception du soutien prend une importance particulière, car elle se réfère à ce que ressent la personne elle-même. En 1978, Procidano (voir Procidano & Heller, 1983) a défini le soutien social perçu comme l'ampleur avec laquelle un individu croit que ses besoins de soutien, d'information et de feedback sont comblés. Cette description se compare à celle que Sarason, Shearin, Pierce et Sarason (1987) font du soutien social en général, soit un sentiment ou une conviction d'être aimé, estimé et d'être entouré de personnes significatives qui se préoccupent de notre bien-être. En fait, en comparaison avec le sentiment d'appartenance (« social embeddedness ») et les interactions positives, le soutien social perçu serait la notion qui rejoint le mieux le soutien dans son ensemble (Sarason, 1988 : dans Procidano, 1992) et celle qui prédit le mieux le bien-être et la protection contre le stress (Barrera, 1986 ; Wethington & Kessler, 1986 ; Wilcox, 1981).

Soutien Social et Dépression

Chez les adultes, les études réalisées à ce jour permettent de reconnaître que le soutien social a un impact important sur la santé, aussi bien physique (Cohen & Wills, 1985) que mentale (Cohen & Hoberman, 1983 ; Compas et al., 1986). Avec des populations de jeunes adultes universitaires ($M=19$ ans), Procidano et ses collègues (voir Procidano : dans Spielberger & Butcher, 1992) affirment que le soutien social perçu est relié négativement à des symptômes de détresse psychologique et à la psychopathologie (Procidano & Heller, 1983) ainsi qu'à la symptomatologie en général (Ferraro & Procidano, 1986 ; Procidano, Guinta & Buglione, 1988).

Certains auteurs ont précisé l'état des connaissances en évaluant le lien entre le soutien social et une psychopathologie en particulier, soit la dépression. En effet, Barnett et Gotlib (1988) ont réalisé une recension des écrits sur la dépression et le fonctionnement cognitif. Parmi leurs conclusions, ils soulignent que des perturbations dans le fonctionnement interpersonnel peuvent constituer des antécédents ou des séquelles d'un trouble de dépression clinique et qu'une faible intégration sociale semble jouer un rôle dans l'étiologie de la dépression. Pour sa part, Eisemann (1985 : dans Hodgins, 1995) a utilisé une population de 111 adultes souffrant d'un trouble dépressif pour isoler des variables permettant de les discriminer de patients sans trouble dépressif. Parmi les neuf variables retenues dans l'analyse discriminante, notons la présence de personnes à qui se confier à la maison et hors du ménage, le nombre de membres dans la famille (contacts réguliers), le nombre de parents et d'amis et le nombre d'activités de loisirs avec autrui. L'importance du soutien social est également illustrée dans l'ouvrage populaire de Patrick Mc Keon (1989) sur la dépression. L'auteur insiste sur le rôle important d'accompagnement que jouent les proches de la personne dépressive ; une attitude sympathique, compréhensive et des encouragements constants contribuent, selon lui, à contrer le désespoir et les pensées négatives du malade. Zuroff, Igreja et Mongrain (1990) vont plus loin avec leur étude d'une population de femmes universitaires. En effet, la discussion de leurs résultats les amène à conclure que, outre les vulnérabilités individuelles, les difficultés interpersonnelles sont possiblement la plus importante cause de la dépression.

Soutien Social et Dépression chez les Adolescents

Dans ce domaine, les recherches auprès d'enfants et d'adolescents se font de plus en plus nombreuses et s'orientent vers les mêmes conclusions que celles avec des individus plus âgés. En 1985, Cohen et Wills ont étudié l'effet de protection du soutien social sur le

stress. Selon eux, plusieurs recherches trouvent un lien entre le soutien social et la santé physique et psychologique. Une étude québécoise précise le phénomène, alors que des corrélations négatives sont trouvées entre la présence de conflits dans les relations interpersonnelles d'adolescents de deuxième secondaire ($M=13.6$ ans) et de quatrième secondaire ($M=15.6$ ans) et l'indice global d'ajustement psychologique (Poulin, Couturier & Cossette, 1996).

Quant à lui, Mastropaolo (1971) s'appuie sur les résultats de ses recherches pour avancer que les situations sociales jouent un rôle important dans le développement d'une dépression. Il conclut que les modifications dans la structure sociale interagissent avec les particularités psychologiques de l'adolescence pour augmenter l'incidence de dépression chez les individus les plus vulnérables. Rude et Burnham (1993) ont, pour leur part, étudié la structure sous-jacente du « Depressive Experiences Questionnaire » (DEQ), du DAS et du « Sociotropy-Autonomy Scale » (SAS) auprès d'étudiants universitaires. Un de leurs objectifs était de vérifier comment chacun de ces instruments se combine aux événements de vie négatifs pour prédire la dépression. Après une classification des items en sous-échelles, elles concluent que les échelles interpersonnelles du DEQ («Dependency») et du SAS («Sociotropy») prédisent les symptômes dépressifs en interaction avec les événements de vie à caractère interpersonnel.

Le soutien social est l'une des variables interpersonnelles qu'il s'avère certainement pertinent d'étudier. Dans leur étude impliquant trois groupes de participants, soit des patients chroniques d'une clinique psychiatrique, des patients atteints de diabète et des étudiants d'un collège de Chicago, Lyons, Perrotta et Hancher-Kvam (1988) proposent que le soutien de la famille joue un rôle différent du soutien des amis. Voilà pourquoi ils suggèrent d'étudier ces deux notions de façon distincte.

Le Soutien de la Famille et des Pairs

En général, les théories sur le fonctionnement familial soutiennent que l'ajustement psychologique est fortement influencé par les interactions entre la personne et son environnement social (voir Oster & Caro, 1990). Par exemple, Freden (1982) a effectué une analyse discriminante visant à identifier les variables qui séparent le plus fidèlement possible les adultes déprimés des adultes non déprimés. Il conclut que la relation avec le conjoint s'impose comme un élément déterminant dans l'explication du phénomène dépressif. Par ailleurs, Freden (1982) a fait l'étude d'un groupe d'adultes ayant demandé un traitement psychiatrique de la dépression. Il suggère que les relations négatives passées avec les parents alliées à une dépression antérieure et à des événements stressants ont contribué à développer une personnalité dépressive chez ces individus.

La valeur explicative appréciable de l'environnement familial se fait sentir également chez les participants plus jeunes. En effet, les résultats de Lyons et al. (1988) révèlent que leur groupe de patients diabétiques et leurs étudiants de collège perçoivent un niveau de soutien de la part de leur famille, significativement plus élevé que leur groupe de patients psychiatriques. Dans leur recension épidémiologique sur les troubles dépressifs de l'enfance et de l'adolescence, Flemming et Offord (1990) relèvent quatre études (Bird, Canino, Rubio-Stipec, Gould, Ribera, Sesman & al., 1988 ; Garrison, Schoenbach & Kaplan, 1985; Kandel & Davies, 1982 ; Kashani, Burbach & Rosenberg, 1989), sur les 14 rapportées, qui affichent une relation significative entre la dépression et un quelconque aspect du dysfonctionnement familial. Par exemple, Kandel et Davies (1982) ont évalué l'humeur dépressive et l'intimité avec la mère et avec le père d'adolescents fréquentant l'école publique dans l'État de New-york. Ils observent que moins l'intimité entre les parents et l'adolescent est grande, plus l'humeur de celui-ci est dépressive. En ce sens, il

semble exister un lien étroit entre la dépression des adolescents et leur insatisfaction à l'égard du soutien de la famille disponible (Friedrich, Reams & Jacobs, 1988) ainsi qu'entre la dépression et la communication déficiente parents-adolescents (Pharand, 1990 : voir Baron, 1993). La cohésion familiale (affection et proximité) est aussi reconnue comme une variable qui influence la dépression chez les filles comme chez les garçons (Friedrich, Reams & Jacobs, 1988 ; Gamache, 1995).

Procidano (dans Spielberger et Butcher, 1992) appuie la notion de soutien social en tant que variable protectrice. En effet, dans une revue de la littérature, elle relève des effets de protection du stress par le soutien de la famille dans plusieurs recherches (Ferraro et Procidano, 1986 ; Crits-Christophe et Procidano, 1988 ; Wolf, Procidano et Raps, 1983). Selon Procidano et Heller (1979), le soutien social perçu jouerait également un rôle médiateur important dans la dépression.

Selon Baron (1993), les relations interpersonnelles avec les pairs occupent également une place de choix à l'adolescence. Au même titre que la famille, les amis procurent un soutien qui agit sur la santé psychologique des adolescents. En effet, Greenberg, Siegel et Leitch (1983) soulignent que l'accès à un soutien alternatif à l'extérieur de la maison, comme le soutien des pairs, semble faciliter l'ajustement personnel. Coie, Lochman, Tery et Hyman (1992) ont réalisé une étude longitudinale auprès d'enfants de troisième année. Un test sociométrique a déterminé la popularité de chacun d'eux au début de l'étude. Trois ans plus tard, le professeur et les parents ont évalué la qualité d'ajustement ainsi que la présence de troubles externes ou internes. Entre autres résultats, les auteurs concluent que le rejet par les pairs et les comportements agressifs constituent des prédicteurs significatifs de troubles apparaissant au début de l'adolescence. Lyons et al. (1988) trouvent d'ailleurs un plus haut niveau de soutien social de la part des amis, évalué par l'échelle de soutien social perçu

(ESSP : version française du « Perceived Social Support - Friends »), chez les étudiants de collège que chez les patients chroniques de clinique psychiatrique. Dans le même ordre d'idées, une étude auprès d'adolescents de septième et huitième années, révèle que les affects dépressifs sont inversement proportionnels aux expériences positives vécues avec les pairs telles que de nombreux contacts et une intimité avec le (la) meilleur(e) ami(e) (Vernberg, 1990).

Friedrich, Reams et Jacobs (1988) ont réalisé une étude avec 269 adolescents de 13 à 16 ans et leurs résultats révèlent que le soutien des pairs, avec un effet relativement faible cependant, peut être considéré comme une variable protectrice dans la relation entre les événements stressants et la dépression. Cette affirmation est vraie chez leurs participants masculins seulement. L'analyse n'a pas été réalisée pour les filles, faute d'une relation significative entre les événements stressants vécus par les filles et leur taux de dépression.

Cette revue de la documentation permet d'identifier les distorsions et le soutien social comme deux variables explicatives importantes dans le processus qui mène à la dépression. Elles furent retenues dans le but d'explorer en profondeur leur lien avec la dépression, mais également la façon dont elles agissent l'une sur l'autre. Les attitudes dysfonctionnelles, en tant que distorsions cognitives, constituent la première partie de l'équation. Elles sont à la base de la théorie de Beck qui soutient que des façons de penser inadéquates et majoritairement négatives rendent les individus plus vulnérables au développement d'affects dépressifs. Cette théorie a été validée à plusieurs reprises auprès de populations adultes. Les recherches auprès d'enfants et d'adolescents tendent vers les mêmes conclusions que celles réalisées avec des adultes, soit une corrélation positive entre les attitudes dysfonctionnelles et la dépression. Nous vérifions la présence de cette relation avec une population d'adolescents francophones.

Le soutien social constitue le deuxième élément étudié dans la présente recherche. En effet, dans la littérature, il semble que le soutien, et surtout la perception du soutien reçu, joue un rôle déterminant dans la symptomatologie dépressive. Deux types de soutien social sont considérés dans la présente étude ; celui de la famille et celui des amis. Bien que pouvant exercer des influences différentes sur des aspects spécifiques (p. ex., le sexe du sujet), le soutien des amis autant que celui de la famille ont un effet global similaire sur le taux de dépression. Ainsi, les individus entretenant de meilleures relations avec leur entourage (famille et pairs) seraient moins affligés de symptômes dépressifs. De plus, les études récentes laissent entrevoir un effet de protection du soutien social entre le stress et la dépression. La présente étude examine la possibilité de diminuer l'effet des attitudes dysfonctionnelles sur la dépression grâce au soutien social (de la famille et des amis).

OBJECTIF DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

Cette étude vise l'exploration de la relation entre les attitudes dysfonctionnelles, le soutien social et les sentiments dépressifs chez les adolescents.

Hypothèses :

- 1) Le groupe d'adolescents dépressifs obtiendra un score moyen significativement plus élevé que le groupe contrôle non-dépressif sur la variable attitudes dysfonctionnelles.
- 2) Le groupe d'adolescents dépressifs obtiendra un score moyen significativement moins élevé que le groupe contrôle non-dépressif sur la variable soutien social (par la famille et par les amis).
- 3) Le soutien social (par les pairs et par la famille) agira comme modérateur dans la relation entre les attitudes dysfonctionnelles et la dépression.

Méthode

PARTICIPANTS

L'échantillon original comprend 245 répondants âgés de 13 à 18 ans. En raison d'un nombre très restreint (5), les participants de 18 ans ont été retirés de l'échantillon. Ainsi, un total de 240 répondants, dont 116 filles et 124 garçons participent à cette étude. La moyenne d'âge est de 15,32 ans. Les participants sont des élèves du secteur général provenant d'une école secondaire publique de la région trifluvienne. Avant de procéder à l'expérimentation en tant que telle, une pré-expérimentation fut réalisée dans le but de vérifier la traduction de l'échelle de soutien social perçu et la compréhension des consignes et des énoncés par des adolescents. Cinq adolescents, trois filles et deux garçons se sont prêtés à cette étape. Les filles étaient âgées de 12 à 15 ans et les garçons avaient tous deux 17 ans. La pré-expérimentation a recommandé de légères modifications à la syntaxe du DAS, du PSS et des consignes générales.

INSTRUMENTS DE MESURE

Questionnaire de Dépression de Beck (QDB)

Le Beck Depression Inventory (BDI) est une mesure auto-évaluative développée par Beck et al. (1961) et révisée en 1978 (Beck, 1978 : voir Baron, 1993), vise l'évaluation des aspects affectifs, cognitifs, comportementaux et somatiques de la dépression. Le BDI comprend 21 items pour lesquels le sujet doit choisir parmi 4 énoncés (cotés de 0 à 3) selon ce qui correspond le mieux à son état actuel. Le score peut varier entre 0 et 63 et un score total élevé correspond à une dépression sévère. Un score de coupure de 16 permet une bonne classification pour 81% d'une population clinique (Strober, Green & Carlson, 1981)

et pour 93,2% d'une population non-clinique (Barrera & Garrison-Jones, 1988) de la dépression chez les adolescents. Le BDI a largement prouvé ses qualités psychométriques chez les adultes et les adolescents. Par ailleurs, il démontre une forte consistance interne pour des populations cliniques d'adolescents, soit des coefficients de .79 pour Strober et al. (1981) et de .86 pour Barrera et Garrison-Jones (1988). Les résultats sont aussi concluants dans les populations non-cliniques alors que Teri (1982) obtient un coefficient de .87 et que Barrera et Garrison-Jones (1988) trouvent un coefficient de .90. La validité convergente, la validité discriminante ainsi que la validité test-retest sont également très satisfaisantes.

En 1982, Bourque et Beaudette ont obtenu un coefficient de consistance interne de .92 pour la version française du BDI (le Questionnaire de Dépression de Beck) administrée à des étudiants universitaires néo-brunswickois francophones. Baron et Laplante (1984) ont aussi utilisé une population non-clinique francophone, mais adolescente cette fois (entre 12 et 17 ans). Ils ont trouvé une consistance interne de .80. Deux autres études francophones font état des qualités psychométriques du QDB. Ainsi, Gamache et Marcotte (à paraître) ont trouvé une consistance interne de .88 avec des adolescentes en centre d'accueil de 13 à 18 ans, alors que Gosselin et Marcotte (1997) ont obtenu un coefficient de .86 avec des adolescents de 14 à 17 ans. Un coefficient de consistance interne de .89 a été obtenu dans la présente étude.

Échelle des Attitudes Dysfonctionnelles (EAD)

Élaborée par Weissman et Beck en 1978 (voir Marton & al., 1993) dans le cadre de la théorie cognitive de Beck, la version originale du Dysfunctional Attitude Scale (DAS) comprenant 100 items a pour but de mesurer l'intensité de schèmes cognitifs dépressogènes qui sont associés à la dépression (Beck, 1976). Cette version développée à partir d'une

population universitaire est divisée en deux formes parallèles (A et B) de 40 items chacune. La présente étude utilise la forme A. Pour chacun des énoncés, les participants doivent évaluer leur degré d'accord ou de désaccord sur une échelle de type Likert dont les scores varient de 1 (totalement d'accord) à 7 (totalement en désaccord). Les résultats obtenus peuvent ainsi s'échelonner de 40 à 280. Un score élevé indique un haut degré d'attitudes dysfonctionnelles.

Selon Brown, Hammen, Craske et Wickens (1995), le DAS est l'instrument utilisé le plus fréquemment lorsqu'il s'agit d'évaluer les vulnérabilités face aux symptômes dépressifs. La version originale de 100 énoncés est peu utilisée et ceci seulement chez des populations d'adultes. Les études révèlent toutefois d'excellentes qualités psychométriques; soit une consistance interne entre .90 et .96 (Beck, Steer & Brown, 1993 ; Nelson, Stern & Cicchetti, 1992 ; Oliver & Baumgart, 1985) et une fidélité test-retest de .73 après six semaines (Oliver & Baumgart, 1985). D'autres versions, dont le nombre d'items varie, ont également été administrées. Par exemple, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, Rohde et Redner (1993) ont trouvé une consistance interne de .76 et une fidélité test-retest de .59 après un an avec une population adolescente. Ils ont utilisé une version de neuf items.

Par ailleurs, la forme A de la version à 40 items est de loin celle dont l'usage est le plus fréquent. Dobson et Breiter (1983) en justifient l'utilisation avec de jeunes adultes universitaires par des coefficients de consistance interne de .90 chez les hommes et de .88 chez les femmes et une validité test-retest après huit semaines de .84. Pour leur part, Sahin et Sahin (1992) ont trouvé une consistance interne de .79. Toujours avec une population universitaire, mais cette fois, exclusivement féminine, Zuroff, Igreja et Mongrain (1990) révèlent une validité test-retest (intervalle de douze mois) relativement élevée, soit .82. Pour leur part, Nelson, Stern et Cicchetti (1992) ont évalué les qualités psychométriques du DAS

avec une population clinique d'adultes. Leurs résultats, soit un coefficient de consistance interne de .94, attestent de la stabilité et de la validité discriminante de cette mesure.

Garber, Weiss et Shanley (1993) ont recruté une population non-clinique pour évaluer l'applicabilité des modèles cognitifs de la dépression à des adolescents. Dans leur étude, le coefficient alpha était de .88 pour le DAS. Dalley, Bolocofsky, Alcorn et Baker (1992) révèlent un coefficient de .90 avec des étudiants d'une école secondaire. Quand à Marton, Churchard et Kutcher (1993), ils ont étudié une population clinique d'adolescents. Ils appuient aussi l'utilisation du DAS par un coefficient de consistance interne variant de .88 à .92 et une validité test-retest de .79. La présente étude révèle un coefficient alpha de .88 pour le DAS.

Échelle de Soutien Social Perçu (ESSP)

Procidano et Heller (1983) ont développé ces instruments qui mesurent le degré de satisfaction des besoins perçu par le répondant. Le Perceived Social Support [Family (PSS-Fa) et Friends (PSS-Fr)] évalue séparément les interactions avec la famille et les amis. Chacune des échelles comprend 20 énoncés qui étaient originalement cotés « oui », « non » et « ne sais pas ». Dans la présente étude, cette cotation fut remplacée par une échelle de type Likert en 6 points pour permettre un traitement corrélationnel des données. Les résultats de cette nouvelle cotation varient donc entre 20 et 120 pour lesquels un score élevé correspond à un degré élevé de soutien social perçu. Le PSS fut traduit en français par l'auteur de la présente étude et la directrice. Certains énoncés furent adaptés à la réalité des adolescents.

Administrée à une population d'étudiants universitaires, la version préliminaire (35 items) du PSS obtient une consistance interne de .90 et une fidélité test-retest, après un mois

de .83 (Procidano & Heller, 1983). Une fois les deux échelles créées en fonction des amis (PSS-Fr) et de la famille (PSS-Fa), les résultats justifient leur utilisation par des coefficients de Cronbach de .88 et .90, respectivement.

Traduit par Eskin (1993a) et validé auprès d'une population adulte turque, le PSS-Fr révèle un coefficient de consistance interne de .76 et une fidélité test-retest après une moyenne de 47.8 jours de .80. Les mêmes analyses réalisées avec le PSS-Fa donnent respectivement des résultats de .85 et .90. Une autre traduction du même auteur (Eskin, 1993b), cette fois en suédois, démontre également de très bonnes qualités psychométriques. En effet, les coefficients pour la fidélité test-retest sont .84 pour le PSS-Fr et .85 pour le PSS-Fa, tandis que ceux pour la consistance interne sont .91 pour le PSS-Fr et .89 pour le PSS-Fa.

Dans leur étude de 1988, Lyons, Perrota et Hancher-Kvam ont démontré que cette mesure est assez valide pour être utilisée avec des populations très diversifiées. En effet, ils ont trouvé des coefficients de consistance interne de .91 pour le PSS-Fa et de .92 pour le PSS-Fr avec des patients chroniquement psychiatisés, des coefficients de .89 pour le PSS-Fa et de .84 pour le PSS-Fr chez des diabétiques et des coefficients de .92 pour le PSS-Fa et de .88 pour le PSS-Fr dans une population d'étudiants universitaires. La présente étude appuie l'utilisation de la version française du PSS (l'Échelle de Soutien Social Perçu) avec des adolescents par un coefficient de consistance interne de .94 pour le ESS-Fa et de .91 pour le ESS-Am.

DÉROULEMENT

Les quatre questionnaires (BDI, DAS, PSS-Fr et PSS-Fa) ont été administrés dans une école secondaire de la région trifluvienne. Deux classes de secondaire II et trois classes de chacun des niveaux III, IV et V du secteur général ont participé à l'étude. Les élèves ont participé sur une base volontaire (voir les formulaires de consentement : Appendices A et B) et ont complété les questionnaires pendant une période régulière de cours d'une durée de 60 minutes. L'auteure du présent travail de recherche a administré elle-même les questionnaires en collaboration avec une étudiante du baccalauréat en psychologie. Cette étape s'est tenue du 27 novembre au 6 décembre 1995. Cette période de l'année fut choisie afin d'éviter les biais possibles comme l'agitation du retour en classe et des retrouvailles entre amis, le stress de fin d'étape scolaire, etc. Au total, 249 questionnaires furent recueillis, mais quatre d'entre eux (une fille et trois garçons) ont été jugés invalides.

Résultats

ANALYSE DES DONNÉES

Les participants ont été classés en deux groupes, soit ceux âgés de 13 à 15 ans inclusivement et ceux âgés de 16 et 17 ans. La variable dépression a été obtenue grâce au QDB. Les réponses aux 21 items ont été additionnées pour former un score global de 0 à 63, qui est utilisé dans les analyses. Deux catégories furent créées à partir de cette somme. Les répondants ayant un résultat entre 0 et 9 inclusivement ont été regroupés en tant que «non déprimés». De même, ceux dont le total se chiffre à 16 et plus sont définis comme «déprimés».

Avant de traiter les données de l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles (ÉAD : version française du DAS), une opération de conversion fut nécessaire sur les questions 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37 et 40 qui étaient inversées. Par la suite, la somme des scores aux 40 questions fut réalisée fournissant ainsi un score global variant entre 40 et 480. Plus le score est élevé, plus la perception du répondant est affectée par des attitudes dysfonctionnelles.

Pour sa part, l'Échelle de soutien social perçu donne un compte-rendu de la mesure dans laquelle le répondant croit que ses besoins de support, d'information et de feedback sont comblés. Cette échelle est divisée en deux sous-échelles de 20 questions chacune, soit le soutien des amis et le soutien de la famille. Dans le premier cas (amis), les questions 2, 6, 7, 15, 18 et 20 ont dû être transformées, car elles étaient à la forme négative. Dans la sous-échelle « famille », les questions 3, 4, 16, 19 et 20 ont subi le même sort. Pour chacune des sous-échelles, comme pour les questionnaires précédents, la somme des items (entre 20 et 120) est utilisée dans les analyses sous les appellations de « soutien des amis » et de «soutien de la famille». Une autre somme fut également réalisée à partir du total de chacune des deux sous-échelles pour obtenir un score global correspondant à la variable soutien

global. Dans les trois cas, une cote élevée signifie que le répondant perçoit un degré élevé de soutien social reçu.

Les premières analyses effectuées sont des analyses descriptives qui comparent les garçons et les filles selon leur groupe d'âge, d'une part et, selon leur appartenance au groupe « déprimés » ou « non déprimés », d'autre part. Ces moyennes ont été calculées sur l'ensemble des variables étudiées, soit la dépression, les attitudes dysfonctionnelles, le soutien des amis, le soutien de la famille et le soutien global.

Avant de réaliser des analyses plus complexes, il était nécessaire de vérifier les liens existant entre les différentes variables. Ainsi, des corrélations de Pearson ont révélé des liens significatifs pour plusieurs d'entre elles tout en nous renseignant sur la nature (positive ou négative) de ces liens. Les corrélations permettent également de justifier l'inclusion ultérieure des variables ayant un lien significatif avec la dépression pour les analyses de variance et la régression multiple.

Dans l'étape suivante, une première série d'analyses de variance a tracé un portrait des variations que subissent les différentes variables en fonction du sexe et de l'âge. Ces analyses ont aussi permis de vérifier s'il existe un effet d'interaction entre l'âge et le sexe sur les variables étudiées. La deuxième série d'analyses de variance sert à vérifier les deux premières hypothèses qui prédisent un effet significatif du groupe de dépression sur le score d'attitudes dysfonctionnelles et sur celui de soutien social (par les amis et par la famille). Ces analyses bifactorielles ont également révélé des effets d'interaction du sexe par le groupe de dépression sur certaines variables.

L'importance relative des attitudes dysfonctionnelles ainsi que du soutien des amis et de la famille dans la prédiction de la dépression fut étudiée grâce à une analyse de régression multiple de type hiérarchique. Les résultats ayant démontré des différences importantes selon le sexe, des analyses séparées ont été réalisées pour les filles et pour les garçons. Le score au QDB constitue donc la variable dépendante alors que les résultats au DAS font partie de la première étape de l'analyse. La corrélation de la dépression avec le soutien de la famille étant plus élevée que celle avec le soutien des amis, les résultats du PSS-Fa furent inclus au deuxième temps de l'analyse de régression, suivi par les scores au PSS-Fr. Finalement, dans le but d'évaluer la présence d'un effet modérateur du soutien entre les attitudes dysfonctionnelles et la dépression, deux nouvelles variables ont été créées. La première combine l'effet des attitudes dysfonctionnelles avec celui du soutien de la famille et la deuxième combine l'effet des attitudes dysfonctionnelles avec celui des amis. Ces nouvelles variables ont été introduites à la quatrième étape de l'analyse de régression.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Soulignons d'abord que la consistance interne de chacun des trois instruments inclus dans l'étude (BDI, DAS et PSS) permet d'en justifier l'utilisation auprès de participants adolescents.

Variations Selon l'Âge et le Sexe

Le Tableau 1 fournit les résultats moyens aux cinq mesures : la dépression, les attitudes dysfonctionnelles, le soutien global, le soutien des amis et le soutien de la famille, selon l'âge et le sexe des participants. Les écarts entre les moyennes les plus élevées et les moyennes les plus basses sont de 4.37 pour la dépression, de 12.84 pour les attitudes dysfonctionnelles, de 11.47 pour le soutien global, de seulement 2.94 en ce qui concerne le soutien de la famille et de 11.17 pour le soutien des amis.

L'analyse de variance bifactorielle (sexe X âge) (Tableau 2) révèle un effet significatif de l'âge sur les attitudes dysfonctionnelles ($F(1, 239) = 6.83, p < .01$). Ainsi, les adolescents de 13 à 15 ans ont une perception teintée davantage d'attitudes dysfonctionnelles ($M = 120.02, ET = 26.80$) que les adolescents de 16 et 17 ans ($M = 110.94, ET = 27.26$). Cette information est également appuyée par une corrélation négative, modeste cependant, entre l'âge et les attitudes dysfonctionnelles ; ce qui indique que plus les répondants sont âgés, moins ils ont d'attitudes dysfonctionnelles ($r(240) = -.13, p < .05$).

Tableau 1
Moyennes et écart-types des variables selon l'âge et le sexe

	Filles		Total	Garçons		Total	Total
	13-15	16-17	Filles	13-15	16-17	Garçons	(N=240)
	(n=60)	(n=56)	(n=116)	(n=66)	(n=58)	(n=124)	
Dépression	11.32 (9.91)	10.95 (8.65)	11.14 (9.29)	6.95 (7.79)	7.48 (9.19)	7.20 (8.45)	9.10 (9.06)
Att. dysfonct.	116.88 (27.64)	110.02 (25.25)	113.57 (26.62)	122.86 (23.71)	111.83 (29.26)	117.70 (26.92)	115.70 (26.80)
Soutien Social							
Soutien des amis	95.28 (15.18)	96.35 (14.48)	95.80 (14.79)	85.18 (15.28)	90.48 (17.07)	87.66 (16.30)	91.60 (16.08)
Soutien de la fam.	83.88 (22.36)	86.82 (22.12)	85.30 (22.19)	86.53 (21.22)	85.74 (18.42)	86.16 (19.88)	85.75 (20.99)
Global	179.17 (30.11)	183.18 (26.17)	181.10 (28.22)	171.71 (31.93)	176.22 (28.74)	173.82 (30.44)	177.34 (29.55)

Tableau 2
 Résultats des analyses de variance Sexe x Âge (N=240)

Variables	Source de variation	F
Dépression	Sexe	11.56**
Attitudes dysfonctionnelles	Âge	6.83*
Soutien des amis	Sexe	15.81**

* $p < .01$. ** $p < .001$

Deux des variables, soit la dépression ($F(1, 239) = 11.56, p < .001$) et le soutien des amis ($F(1, 239) = 15.81, p < .001$), subissent une influence significative selon que les répondants sont des garçons ou des filles (Tableau 2). Les filles de l'échantillon perçoivent davantage de soutien de la part des amis ($M=95.80$) que les garçons ($M=87.66$). Parallèlement, les filles affichent des sentiments dépressifs ($M=11.14$) de façon beaucoup plus marquée que les garçons ($M=7.20$) de l'échantillon. Aucun effet combiné du sexe et de l'âge n'a été obtenu avec les différentes variables.

Dépression, Attitudes Dysfonctionnelles et Soutien Social

Le Tableau 3 affiche les scores moyens obtenus à chacune des variables, mais cette fois-ci, selon le sexe et l'appartenance au groupe déprimé - non déprimé. Ainsi, les écarts entre les moyennes les plus hautes et les moyennes les plus basses sont de 22.46 pour la dépression, de 20.42 pour les attitudes dysfonctionnelles, respectivement de 23.37 et de 33.25 pour les variables de soutien des amis et de soutien de la famille et de 51.10 en ce qui concerne le soutien global .

Le Tableau 4 présente les résultats de l'analyse bifactorielle (sexe X groupe de dépression). Il indique que l'appartenance au groupe de déprimés ou de non déprimés a une influence significative sur l'ensemble des variables. Ainsi, les adolescents déprimés ont des attitudes davantage dysfonctionnelles ($F(1, 239) = 12.36, p < .001$), moins de soutien global ($F(1, 239) = 66.94, p < .001$) et moins de soutien de la part de leurs amis ($F(1, 239) = 15.51, p < .001$) et de leur famille ($F(1, 239) = 74.14, p < .001$). Ces résultats confirment donc les deux premières hypothèses de l'étude.

Tableau 3
Moyennes et écart-types des variables selon le sexe
et le groupe déprimé - non déprimé

	<u>Déprimés</u>		Total	<u>Non déprimés</u>		Total	Total
	Filles (n=30)	Garçons (n=17)	Dépr. (n=47)	Filles (n=65)	Garçons (n=99)	N. Dépr. (n=164)	(N=211)
Dépression	24.40 (6.26)	26.06 (5.53)	25.00 (6.00)	4.60 (3.07)	3.60 (2.80)	3.99 (2.94)	8.67 (9.56)
Att. dysfonct.	123.93 (25.31)	132.88 (35.57)	127.17 (29.38)	112.46 (27.47)	112.74 (23.73)	112.63 (25.20)	115.87 (26.81)
Soutien Social							
Soutien des amis	92.70 (17.44)	73.65 (19.11)	85.81 (20.11)	97.02 (14.64)	90.02 (14.34)	92.79 (14.82)	91.24 (16.36)
Soutien de la fam.	63.07 (19.82)	68.59 (21.56)	65.06 (20.41)	96.32 (15.69)	88.82 (18.44)	91.79 (17.74)	85.84 (21.44)
Soutien Global	155.77 (24.77)	142.24 (29.67)	150.87 (27.13)	193.34 (24.25)	178.84 (27.68)	184.59 (27.24)	177.08 (30.58)

Tableau 4
 Résultats des analyses de variance Sexe x Groupe de dépression (N=211)

Variables	Source de variation	F
Attitudes dysfonctionnelles	Gr.dépression	12.36***
Soutien Social		
Soutien des amis	Gr.dépression	15.51***
	Sexe	24.59***
	Sexe X Gr.dépression	5.27*
Soutien de la famille	Gr.dépression	74.14***
	Sexe X Gr.dépression	4.40*
Soutien Global	Gr.dépression	66.94***
	Sexe	9.56**

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Par ailleurs, un effet d'interaction du sexe et du groupe de dépression est observé sur les deux sous-échelles de soutien social ; le soutien des amis ($F(1, 239) = 5.27, p < .05$) et le soutien de la famille ($F(1, 239) = 4.40, p < .05$). La figure 1 montre que chez les filles, le soutien des amis passe de 97.02 pour les non-déprimées à 92.70 pour les déprimées formant un écart modeste de 4.32. Les garçons, quant à eux, affichent moins de soutien de la part des amis, avec des scores de 90.02 pour les non-déprimés et de 73.65 pour les déprimés. L'écart de 16.37 est cependant plus grand que chez les filles. Pour le soutien de la famille, la situation est différente. Les filles non-déprimées obtiennent toujours le score le plus élevé avec 96.32, mais celui-ci descend jusqu'à 63.07 pour les filles déprimées, ce qui situe l'écart à 33.25. Cette fois, l'écart des garçons non-déprimés (88.82) et des garçons déprimés (68.59) est plus petit que celui des filles puisqu'il est de 20.23. Ainsi, le soutien de la famille semble exercer une plus grande influence sur la dépression des adolescentes alors que c'est le soutien des amis qui prime dans la dépression des adolescents.

Prédiction de la Dépression

Dans le but de vérifier le rôle prédictif des attitudes dysfonctionnelles et du soutien social (des amis et de la famille) sur la dépression, des analyses corrélationnelles ont été réalisées sur l'ensemble de ces variables. Les résultats des garçons et des filles ont été traités séparément en vue de bien cerner les différences entre ces deux groupes. Tel qu'il a été prédit par les deux premières hypothèses de départ, la dépression est corrélée de façon significative avec les quatre variables mesurées, sauf avec le soutien des amis dans le cas des filles (Tableau 5). Ainsi, dans la présente étude, un haut degré de sentiments dépressifs chez les garçons, correspond à de nombreuses attitudes dysfonctionnelles

Figure 1

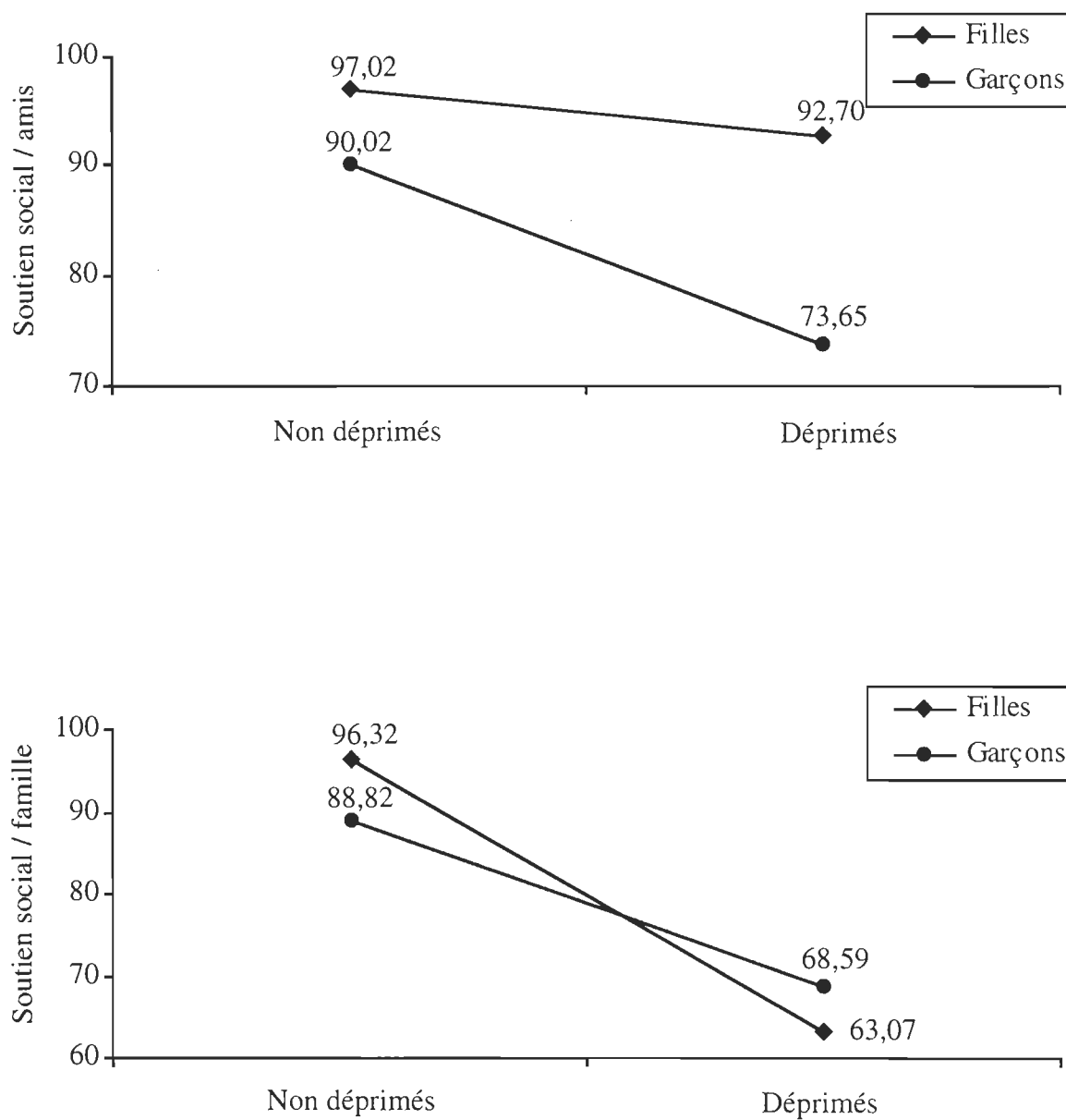


Figure 1. Moyennes des filles et des garçons des groupes déprimés et non déprimés sur le soutien social.

($r(124) = .29, p < .001$) et peu de soutien social perçu ($r(124) = -.46, p < .001$), que ce soit de la part des amis ($r(124) = -.39, p < .001$) ou de la famille ($r(124) = -.38, p < .001$). De leur côté, les filles dépressives démontrent aussi davantage d'attitudes dysfonctionnelles ($r(116) = .19, p < .05$) et peu de soutien perçu de la part de la famille ($r(116) = -.68, p < .001$). Chez celles-ci, le soutien des amis n'est pas relié à la dépression ($r(116) = -.15, n.s.$), mais un faible soutien social reste associé à la dépression sous sa forme globale ($r(116) = -.61, p < .001$) (Tableau 5).

Une analyse de régression multiple de type hiérarchique a été réalisée en incluant les variables qui avaient démontré un effet ou un lien significatif dans les analyses de variance et de corrélation exécutées précédemment, soit les attitudes dysfonctionnelles et le soutien social. De plus, deux nouvelles variables modératrices ont été créées pour combiner l'effet des attitudes dysfonctionnelles et du soutien des amis, d'une part, et du soutien de la famille, d'autre part. Il est à noter que les résultats des filles et ceux des garçons ont été considérés séparément.

Les résultats de cette analyse révèlent, dans un premier temps, que les attitudes dysfonctionnelles expliquent 8% de la variance ($F(1, 122) = 10,80, p < 0.01, \text{Beta} = 0.29$) chez les garçons et 4% de la variance ($F(1, 114) = 4,41, p < 0.05, \text{Beta} = 0.19$) chez les filles. Dans la seconde étape, le soutien de la famille ajoute 13% de plus à la variance ($F(1, 121) = 16,02, p < 0.001, \text{Beta} = .36$) pour les garçons et un important 43% de plus à la variance ($F(1, 113) = 50,44, p < 0.001, \text{Beta} = .67$) pour les filles. Ensuite, le soutien des amis a permis d'expliquer un autre 4% de la variance ($F(1, 120) = 13,16, p < .05, \text{Beta} = .22$) chez les garçons. Chez les filles cependant, le soutien des amis n'a pas une valeur explicative assez grande pour être significative. Après avoir considéré l'effet des

Tableau 5
Intercorrélations entre les variables

	Âge	QDB	EAD	SS	SSA	SSF
Âge		.07	-.13	-.01	.12	-.11
QDB	.13		.29***	-.46***	-.39***	-.38***
EAD	-.13	.19*		-.21*	-.29***	-.07
SS	.01	-.61***	-.40***		.80***	.87***
SSA	.05	-.15	-.52***	.62***		.41***
SSF	-.02	-.68***	-.16	.85***	.13	

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Filles: En bas et à gauche, Garçons: En haut et à droite.

QDB=Questionnaire de dépression de Beck

EAD=Échelle d'attitudes dysfonctionnelles

SS =Échelle de soutien social global

SSA=Échelle de soutien social (sous-échelle « amis »)

SSF=Échelle de soutien social (sous-échelle « famille »)

attitudes dysfonctionnelles et du soutien de la famille, le soutien des amis n'intervient donc plus dans le processus vers la dépression.

La quatrième étape de l'analyse de régression inclut les nouvelles variables citées plus haut dans le but d'évaluer la présence d'un effet modérateur. Les résultats démontrent que l'interaction des attitudes dysfonctionnelles et du soutien social n'influence pas la dépression de façon significative, ni chez les garçons ($F(2, 118) = n.s.$), ni chez les filles ($F(2, 110) = n.s.$). Le tableau 6 montre qu'au terme de l'analyse de régression, le soutien perçu de la part de la famille est la seule variable à demeurer significative, autant chez les filles que chez les garçons.

Tableau 6
Régression multiple des variables dépendantes sur la dépression

Variables	Garçons (n=124)		Filles (n=116)	
	Bêta	t	Bêta	t
Att. dysfonctionnelles	-.03	-.06	-.10	-.24
Soutien de la famille	-.79*	-2.00*	-.67*	-2.21*
Soutien des amis	.05	.19	-.14	-.51
Att. dysfonct. x Soutien fam.	.72	1.32	.01	.02
Att. dysfonct. x Soutien amis	-.36	-1.02	.15	.46

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

$R^2 = .47$; $F(8, 110) = 19.75$; $p < .001$

$R^2 = .26$; $F(8, 118) = 8.39$; $p < .001$

Discussion

L'étude vise l'exploration des relations existant entre la présence de symptômes dépressifs chez des adolescents, leurs attitudes dysfonctionnelles selon le modèle cognitif de la dépression de Beck et le soutien qu'ils estiment recevoir de la part de leur famille et de leurs amis.

Les résultats de la présente étude confirment que les adolescents dépressifs présentent plus d'attitudes dysfonctionnelles que les adolescents non-dépressifs. Les données supportent le modèle cognitif de Beck (1961) qui propose l'existence de modes de penser inadéquats chez les individus dépressifs. Cette théorie a été maintes fois confirmée auprès d'adultes (p. ex. : Eaves & Rush, 1984 ; Zimmerman & Coryell., 1986), mais dans le cas présent, c'est auprès d'une population adolescente francophone âgée de 13 à 17 ans que le modèle est validé. Ainsi, les résultats de l'étude en cours appuient l'ensemble de la documentation qui associe la dépression des adolescents aux attitudes dysfonctionnelles (p.ex. : Marton, Churchard & Kutcher, 1993) et aux pensées automatiques négatives (p.ex.: Garber, Weiss & Shanley, 1993 ; Marcotte, 1995). Il devient donc de plus en plus évident que certains individus interprètent la réalité avec un schème de pensée à connotation négative qui les amène à utiliser un ensemble de fausses croyances à propos d'eux-mêmes, du monde et de l'avenir. Ces dernières recherches permettent maintenant d'établir un lien entre ces attitudes négatives et la présence du syndrome dépressif autant chez les adolescents que chez les adultes.

Les résultats de la présente étude ne peuvent cependant pas confirmer l'aspect causal des attitudes dysfonctionnelles sur la dépression. Cette perspective est traitée par Haaga, Dyck et Ernst (1991) qui tracent un portrait détaillé de l'état des recherches sur le modèle

cognitif de Beck. Ils concluent que lors d'un épisode dépressif, les personnes atteintes se caractérisent par des cognitions négatives semblables. Cependant, leur synthèse démontre l'imprudence de référer aux distorsions cognitives en tant que cause de la dépression. En effet, parmi les études qu'ils ont relevées, encore trop peu d'entre elles supportent l'hypothèse causale. Les auteurs suggèrent tout de même de poursuivre les recherches en ce sens dans le but de clarifier la situation.

D'autre part, les résultats produits par la présente étude supportent également le modèle d'apprentissage social de Lewinsohn (1974 : voir Baron, 1993). Celui-ci met l'accent sur la diminution des interactions positives avec l'environnement comme facteur explicatif de l'apparition des symptômes dépressifs. Il met en lumière l'effet dramatique que peut prendre la problématique dépressive en supposant le développement d'un cercle vicieux. Lewinsohn explique qu'un événement stressant peut accentuer les interactions négatives de l'individu avec son environnement. Parallèlement, une conscience de lui-même plus aigüe prend place. Celle-ci rend l'individu très autocritique et de plus en plus retiré socialement, ce qui le dirige vers la dépression. Le regard conscient et sévère qu'il porte sur la situation le déprime toujours un peu plus et le cercle vicieux s'installe alors maintenant la personne dans la dépression.

Or, tel qu'attendu, le groupe d'adolescents dépressifs rapporte recevoir moins de soutien social de la famille et des pairs que le groupe contrôle non-dépressif. Chez les adultes, les auteurs s'entendent pour relier le soutien social au trouble dépressif (Eisemann, 1985 (voir Hodgins, 1995); Mc Keon, 1989 ; Zuroff, Igreja & Mongrain, 1990). Cependant, les études sont moins nombreuses à investiguer le même phénomène dans une population adolescente. Les chercheurs des trois dernières décennies ont associé la dépression aux situations sociales (Mastropalo, 1971), aux vulnérabilités interpersonnelles

(Rude & Burnham, 1993) et à la faible réussite psychosociale (Flemming & Offord, 1990). La présente étude apporte donc une précision dans l'état des connaissances sur la dépression. À la suite des résultats énoncés précédemment, il est possible d'avancer qu'un faible soutien social que ce soit celui de la famille ou celui des amis est en relation avec le syndrome dépressif. En accord avec le modèle de Lewinsohn, les adolescents dépressifs perçoivent recevoir moins de soutien de la part de la famille et des amis.

Les résultats actuels ne permettent toutefois pas de connaître le sens de cette relation. Les adolescents sont-ils déprimés parce qu'ils ont réellement moins de gens disponibles pour les soutenir en cas de besoin? Pour répondre à cette question, il serait pertinent d'étudier les différents aspects du soutien social dans une perspective longitudinale.

Il faut également évaluer la probabilité que l'entourage s'éloigne peu à peu de ces adolescents devenus plus tristes, maussades et négatifs. Cette deuxième option est abordée par Puig-Antich, Lukens, Davies, Brennan-Quattrock et Todak (1985) qui ont réalisé une étude auprès de 115 pré-adolescents et leurs parents. Ces auteurs observent que les relations conjugales des parents sont très semblables d'un groupe à l'autre, soit entre les enfants souffrant de dépression majeure, les enfants atteints d'un désordre neurologique sans dépression majeure et les enfants du groupe contrôle. Les auteurs concluent que les difficultés relationnelles que vivent les enfants dépressifs ne viennent pas de déficits parentaux, mais plutôt de la maladie dépressive qui affecte l'humeur, le comportement et la compétence sociale. Selon Puig-Antich et al. (1985), si les enfants dépressifs ont moins de soutien social, cela s'expliquerait donc en grande partie par l'état dépressif qui éloigne, en quelque sorte, les proches de l'enfant. Dans une autre étude, cette fois avec des adolescents plus âgés, Puig-Antich, Kaufman, Ryans, Williamson, Dahl, Lukens et al. (1993) précisent l'état des connaissances. Leurs plus récents résultats permettent de déduire que les

difficultés relationnelles représentent en fait un problème chronique qui est accentué lors d'un épisode dépressif.

Par ailleurs, serait-il possible que le soutien soit toujours présent, pendant que l'épisode dépressif affecte la perception du malade qui ne peut l'identifier? Procidano et Heller (1983) apportent un élément de réponse en ce sens avec un groupe d'étudiants d'un âge moyen de 19 ans. Avant de répondre à la deuxième passation du questionnaire de soutien social, certains d'entre eux ont lu des phrases négatives. Les auteurs observent que l'inférence négative n'a pas d'effet sur la perception du soutien de la famille alors qu'elle affecte à la baisse la perception du soutien par les amis. Ainsi, un individu qui se trouve dans un mauvais état mental évaluera recevoir moins de soutien de la part de ses amis qu'il ne le ferait en de meilleures circonstances. La perception de l'individu serait donc affectée par l'état affectif du moment.

La compétence sociale est aussi un facteur à considérer dans l'explication du phénomène dépressif. En effet, Procidano et Heller (1983), dont l'étude est citée plus haut, trouvent une corrélation positive entre la compétence sociale et les résultats au questionnaire de perception du soutien des amis. Elle interviendrait donc dans la quantité ou la qualité du soutien obtenu par les pairs. Par ailleurs, l'étude de Lyons et al. (1988) suggère que les conditions chroniques peuvent interférer avec les habiletés à obtenir du soutien de la famille et des amis. Ainsi, une personne relativement sociable, verrait peu à peu, son humeur triste, son manque d'intérêt et sa fatigue nuire à sa capacité d'entretenir des relations familiales et sociales. Flemming et al. (1989) et Kashani et al (1987) (voir Flemming & Offord, 1990) vont plus loin en affirmant que la concomitance, c'est-à-dire les troubles associés à la maladie, augmente en même temps que la sévérité de la dépression. De même, Flemming et Offord (1990) précisent que la dépression est liée de façon concomitante avec les troubles

comportementaux. Le trouble dépressif se présenterait donc souvent accompagné de troubles de comportements tels que le retrait social, le trouble de conduite oppositionnel, etc. Ainsi, la personne dépressive perdrait, en partie du moins, l'envie de voir des gens et la compétence nécessaire pour rendre les rencontres sociales positives. Elle s'estimerait par le fait même, moins soutenue par son entourage, ce qui l'enfoncerait davantage dans le cycle dépressif.

Les études citées dans les pages précédentes apportent des pistes d'explication démontrant que la relation qu'entretient le soutien social avec la dépression est très complexe. D'autres recherches sont nécessaires pour confirmer ou infirmer les différentes possibilités énumérées précédemment et en apporter de nouvelles. À cet effet, des études longitudinales permettraient de situer davantage l'ordre chronologique des événements et d'en déduire l'orientation des influences dans le processus dépressogène.

Les liens entre le soutien social et la dépression semblent être différents selon que l'on considère le soutien des amis ou le soutien de la famille. En effet, Sarason et al. (1987) observent que les deux types de soutien social (famille et amis) sont corrélés de façons différentes aux autres variables. Procidano et Heller (1983), pour leur part, concluent que la détresse psychologique des jeunes adultes est davantage reliée au faible soutien de la famille qu'au faible soutien de leurs amis. La présente étude arrive à des conclusions semblables alors que le lien entre la dépression et le soutien de la famille est deux fois plus important que celui entre la dépression et le soutien des amis. Plusieurs auteurs (Coie et al., 1992 ; Connelly et al., 1987 ; Palmonari, Kirchler & Pombeni, 1991) s'entendent sur l'importance du réseau social dans la vie des adolescents. Cependant, les résultats énumérés plus hauts permettent de proposer que les liens familiaux positifs demeurent davantage prioritaires en tant que protection contre la détresse psychologique et la dépression.

Comment peut-on expliquer que le soutien de la famille prévienne mieux la dépression que le soutien des amis? D'abord, une partie de la réponse se situe peut-être dans la notion de durée dans les relations interpersonnelles. En effet, les contacts vécus avec les membres de la famille agissent depuis la naissance alors que ceux qui émanent des relations amicales ont débuté plus tard dans la vie et sont plus ou moins éphémères. Un soutien positif et adéquat serait donc plus bénéfique s'il venait de la famille, car sa stabilité et son omniprésence le rendrait fort rassurant. De la même manière, une personne ayant une perception négative du soutien que lui procure sa famille serait d'autant plus affectée que cette famille joue un rôle important dans sa vie.

Procidano et Heller proposent une autre explication dans la discussion de leur recherche parue en 1983. Ils font remarquer que l'individu doit apprendre à vivre avec la famille dans laquelle il naît ; il ne peut pas la choisir, ni l'échanger s'il y vit des relations difficiles. De plus, il n'en a qu'une seule, ce qui réduit le champ des possibilités quant aux différents types de soutien qu'il peut en obtenir. À l'inverse, chacun a la possibilité d'entretenir des relations amicales avec les personnes qui lui semblent les plus sympathiques. Si ces rapports devenaient toutefois moins satisfaisants après un certain temps, il est beaucoup plus facile de mettre fin à ce type de relation et de créer des liens avec de nouveaux amis. Ainsi, le soutien perçu de la part des amis risque moins d'être jugé inadéquat ou insuffisant que celui de la famille, car il peut être amélioré plus facilement. Ainsi, un soutien de la famille évalué comme insatisfaisant, serait assez néfaste pour la santé émotionnelle de l'individu, car étant dans l'impossibilité de changer les liens familiaux, ce dernier doit composer avec le manque.

La troisième hypothèse annonçait que le soutien social de la famille et des pairs aurait un effet modérateur sur les attitudes dysfonctionnelles dans la relation avec la dépression.

Contrairement à cette prédiction, le soutien social n'affiche pas d'effet modérateur de la part de la famille, ni de la part des amis. Le soutien ne se combine donc pas avec les attitudes dysfonctionnelles pour apporter un effet amplifié dans l'explication de la dépression. Chacune des variables (les attitudes dysfonctionnelles, le soutien de la famille et le soutien des amis) a un effet individuel sur la dépression, mais elles n'interagissent pas entre elles de façon marquante. Le type de soutien mesuré dans l'analyse a possiblement influencé la variable de soutien social dans son rôle de modérateur. Par exemple, y aurait-il eu un effet modérateur si l'instrument utilisé avait investigué le soutien réel ou le réseau social plutôt que la perception du soutien social ? Par ailleurs, l'effet d'un troisième facteur serait à considérer dans l'équation. Par exemple, une variable telle que les habiletés sociales ou les rôles sexuels pourrait s'associer aux attitudes dysfonctionnelles et au soutien social pour bonifier l'explication du phénomène dépressif. Quoi qu'il en soit, la nouveauté de cette question de recherche laisse beaucoup de latitude pour l'évaluation de la nature des liens entre la dépression, les attitudes dysfonctionnelles et le soutien social. Le sujet devrait être étudié de façon plus approfondie dans les recherches futures.

L'analyse des résultats met en lumière une nette différence sexuelle quant au développement du processus dépressif. En effet, le lien entre la dépression et les variables étudiées ne s'établit pas de la même façon pour les filles et les garçons. D'abord, les filles affichent un taux de dépression beaucoup plus élevé que celui des garçons. Cette constatation est conforme aux conclusions de plusieurs auteurs qui relèvent un état dépressif plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. L'affirmation est vraie autant chez les adolescents (p. ex. : Marcotte, 1995, 1996 ; DSM - IV, 1996) que chez les adultes (p. ex. : DSM - IV, 1996 ; Mc Keon, 1989). Chez les adolescents, le phénomène de la dépression à majorité féminine peut trouver une explication dans les travaux de Marcotte (1996). Elle discute des rôles sexuels qui deviennent plus importants et causent certains

conflits à la période de l'adolescence, en particulier pour les filles. Les changements physiques reliés à la puberté sont plus difficiles à vivre pour ces dernières que pour leurs pairs masculins. Ces bouleversements amènent une image corporelle négative et une baisse de l'estime de soi chez les adolescentes. Les sentiments négatifs que les filles éprouvent pourraient les conduire davantage vers la dépression.

Bien qu'affichant une perception de soutien plus élevée que les garçons, les filles de la présente étude sont plus nombreuses que les garçons à être déprimées. L'effet bénéfique du soutien pourrait être fort diminué parce qu'il est inadéquat ou en raison d'une mauvaise utilisation de la part des adolescentes. Il faut tout d'abord rappeler que le soutien de la famille et des amis n'exercent pas la même influence selon que le répondant soit un garçon ou une fille. Chez ces dernières, l'absence d'un lien entre la dépression et le soutien des amis retient l'attention. Petersen (1985) démontre que les adolescents ont tendance à se regrouper selon le sexe. Les garçons se lient d'amitié avec leurs pairs masculins et les filles se fréquentent davantage entre elles. De plus, selon Nolen-Hoeksema (1987), les filles et les garçons adopteraient des stratégies d'adaptation différentes face à la dépression. Les garçons seraient portés à se distraire alors que les filles auraient davantage tendance à ruminer leur peine. Le comportement des filles pourrait réduire l'efficacité du soutien des pairs qui, plutôt que de les aider à s'en sortir, contribue à les maintenir dans un état dépressif. Par ailleurs, les jeunes filles peuvent possiblement éprouver davantage de difficultés que leurs pairs masculins pour mettre à profit le soutien reçu. Il faudrait, à ce chapitre étudier le rôle des habiletés sociales dans le phénomène dépressif. L'effet spécifique des deux types de soutien (famille et amis) sur les filles et sur les garçons est une question de recherche des plus récentes et les résultats présentés ici fournissent des pistes d'exploration.

Les deux sexes se distinguent aussi par le rôle prédictif de chacun des éléments dans l'explication de la dépression. Chez les filles, le soutien de la famille se démarque considérablement en tant que variable associée à la dépression, tandis que le soutien des amis n'a plus d'influence après avoir considéré l'effet des attitudes dysfonctionnelles et du soutien de la famille. Pour les garçons, le soutien de la famille est aussi un facteur crucial dans le phénomène dépressif, mais son effet est moins important que dans le cas des filles. Le soutien des amis participe chez les répondants masculins, à l'explication de la dépression. En somme, les variables étudiées dans la présente recherche expliquent près de la moitié de l'état dépressif des adolescentes et le quart des variables impliquées dans la dépression des adolescents. Il est donc primordial d'étudier le phénomène dépressif en tenant compte des différences sexuelles qui jouent un rôle majeur dans cette problématique. Les attitudes dysfonctionnelles et le soutien social constituent des composantes importantes de la dépression. Une part importante des facteurs en cause demeurent toutefois inconnus, surtout chez les garçons.

En résumé, la présente étude confirme que le modèle cognitif de Beck s'applique aux adolescents francophones. Elle appuie également les auteurs qui associent le manque de soutien social tel que perçu par le répondant aux symptômes dépressifs. Elle démontre finalement qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre les attitudes dysfonctionnelles et le soutien social pour expliquer la dépression.

Les attitudes dysfonctionnelles ont affiché un lien important avec la dépression. Cette situation donne des indices sur les traitements à proposer aux adolescents atteints de dépression. D'abord, une investigation du fonctionnement cognitif de ces derniers devrait être réalisée afin de cerner les erreurs de traitement de l'information commises le plus fréquemment. Ensuite, une thérapie cognitive (par exemple, celle évaluée par Marcotte et

Baron en 1993) pourrait modifier à la baisse leurs attitudes dysfonctionnelles et ainsi réduire leurs symptômes dépressifs.

Par ailleurs, la forte influence qu'a démontrée le soutien social sur la dépression exige l'inclusion de cette variable dans le processus de traitement. Les résultats encouragent fortement l'implication de la famille soit à l'intérieur d'une thérapie familiale ou d'un suivi régulier sur la participation de chaque membre en tant que soutien pour le membre dépressif. En ce qui concerne le soutien des amis, un programme axé sur le développement des compétences sociales jumelé à la thérapie cognitive aiderait l'adolescent déprimé à rendre ses contacts sociaux plus positifs.

Dans l'avenir, les mêmes variables pourraient être incluses dans une étude longitudinale, ce qui permettrait de cerner l'évolution du phénomène dépressif à travers le temps. Il serait très intéressant d'observer dans quel ordre s'installent les différentes variables. Les attitudes dysfonctionnelles se manifestent-elles avant les premiers symptômes dépressifs? Une détérioration du soutien social suit-elle immédiatement un épisode dépressif ou est-ce l'inverse qui se produit? Un intérêt particulier porté à la récurrence des épisodes dépressifs permettrait d'identifier plus précisément le cycle suivi par le phénomène dans son ensemble et ainsi, d'agir plus efficacement et rapidement dans le traitement de cette maladie. Une telle recherche serait plus complète si on observait de façon distincte la progression chez les filles et chez les garçons qui démontrent de nettes différences dans leurs rapports aux attitudes dysfonctionnelles et au soutien social.

La présente étude comporte quelques limites qui doivent être mentionnées. D'abord, l'étendue d'âge (13 à 17 ans) pourrait être augmentée encore davantage, particulièrement pour inclure une population pré-adolescente. Comme le soulignent Garber et al. (1993), un

plus large éventail d'âge faciliterait l'exploration des relations entre l'âge, les attitudes dysfonctionnelles et la dépression. Il va de soi qu'il en résulterait également une meilleure compréhension du rôle du soutien social.

D'autre part, le groupe dépressif a été classé ainsi par une mesure auto-évaluative. Il s'agit donc d'une population non-clinique de milieu scolaire. Une entrevue semi-structurée aurait certainement augmenté la valeur du diagnostic de dépression. La perception de son propre état mental par le répondant est donc le seul élément ayant servi à classer les individus dans les groupes. Dans le même ordre d'idées, il aurait été intéressant d'inclure dans la recherche des mesures de réseau social et d'évaluation de l'efficacité du soutien social dans le but de vérifier les différences entre la perception du soutien et le soutien réel.

Conclusion

D'abord, les résultats confirment que les adolescents du groupe dépressif entretiennent davantage d'attitudes dysfonctionnelles que ceux du groupe contrôle. La présente étude supporte le modèle cognitif de Beck (1967 : dans Baron, 1993) qui soutient que les attitudes dysfonctionnelles jouent un rôle important dans la problématique dépressive. Plusieurs études ont confirmé la théorie de Beck (1967 : dans Baron, 1993) avec une population adulte (p. ex. : Eaves & Rush, 1984 ; Zimmermann & Coryell, 1986). L'apport particulier du présent travail de recherche se situe dans la validation du même modèle avec un échantillon d'adolescents francophones.

Tel qu'annoncé par le deuxième objectif, les adolescents du groupe contrôle perçoivent davantage de soutien social de la famille et des amis que ceux du groupe dépressif. Comme pour l'approche de Beck, les études réalisées avec des adolescents sont moins nombreuses que celles qui étudient les adultes. Les chercheurs ayant utilisé une population plus jeune, ont mis en relation la dépression avec les situations sociales (Mastropalo, 1971), les vulnérabilités interpersonnelles (Rude & Burnham, 1993) et la faible réussite psychosociale (Flemming & Offord, 1990). L'étude présentée ici contribue aux connaissances sur le domaine en appuyant le lien entre la dépression et un concept qui se situe dans le prolongement de ceux énoncés précédemment. Ainsi, la perception du soutien social devient une variable à considérer dans le phénomène dépressif. Les résultats font également une distinction entre le soutien de la famille et celui des amis. En effet, le lien entre la dépression et le soutien de la famille est deux fois plus important que celui entre la dépression et le soutien des amis. Le soutien de la famille serait donc dominant dans la prévention de la dépression.

Pour sa part, la troisième hypothèse de recherche n'a pu être validée. Le soutien social n'a démontré aucun effet modérateur sur les attitudes dysfonctionnelles dans la relation avec

la dépression. Les résultats suggèrent l'ajout d'un troisième facteur tel que les habiletés sociales ou les rôles sexuels dans l'étude du phénomène dépressif.

L'analyse des résultats fait ressortir des différences intéressantes entre les filles et les garçons. D'abord, il est à noter que les filles de l'échantillon perçoivent recevoir davantage de soutien que les garçons, alors qu'elles ont un taux de dépression sensiblement plus élevé que ces derniers. Le soutien qu'elles perçoivent recevoir ne semble donc avoir qu'un effet restreint de protection contre la dépression dans leur cas. Ensuite, une étude plus détaillée permet de saisir les effets particuliers du soutien de la famille et des amis sur l'appartenance au groupe déprimé ou non-déprimé pour les filles et les garçons. Chez ces derniers, le soutien des amis révèle un plus grand effet sur la dépression. Le soutien de la famille semble jouer un rôle plus important dans l'état dépressif des filles.

Chez les filles, le soutien de la famille se démarque considérablement en tant que facteur associé à la dépression. La même variable est aussi reliée à la plus grande partie de la dépression des garçons, mais dans une moindre proportion, laissant une place importante au soutien des amis. Les variables étudiées dans la présente recherche expliquent presque la moitié de l'état dépressif des filles et le quart des variables impliquées dans le phénomène en ce qui concerne les garçons. Il est donc indiqué de considérer les différences sexuelles qui semblent jouer un rôle majeur dans cette problématique. Les attitudes dysfonctionnelles et le soutien social peuvent être considérés comme des facteurs importants dans la dépression des adolescents. Une part d'inconnu reste toujours à découvrir dans ce domaine, surtout dans la population masculine.

Les résultats de la présente étude mettent en lumière l'importance d'explorer le fonctionnement cognitif des adolescents dépressifs en vue de leur proposer une thérapie

adaptée à leurs besoins telle qu'une stratégie d'intervention émotivo-rationnelle. De plus, il est suggéré d'inclure la famille dans la procédure de traitement. Finalement, un programme visant le développement des compétences sociales permettrait d'améliorer la qualité des relations que l'adolescent entretient avec ses pairs. Ces deux dernières mesures ont pour but de maximiser l'efficacité du soutien social.

Références

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (3e éd.). Washington, DC : Auteur.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (3e éd. révisée). Washington, DC : Auteur.

American Psychiatric Association. (1996). Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4e éd.). Washington, DC : Auteur.

Angold, A., & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents : Empirical, theoretical, and methodological issues. American Journal of Psychiatry, 150, 779-1791.

Annell, A.-L. (1972). États dépressifs chez l'enfant et l'adolescent. Stockholm : Almqvist & Wiksell.

Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression : distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. Psychological Bulletin, 104, 97-126.

Baron, P. (1993). La dépression chez les adolescents. Canada : Edisem Inc. et Maloine.

Baron, P., & Laplante, L. S. (1984). L'inventaire de dépression de Beck : son utilisation auprès d'un échantillon d'adolescents francophones. Revue de modification du comportement, 14, 161-166.

Barrera, M. Jr (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. American Journal of Community Psychology, 14(4), 413-445.

Barrera, M., & Garrison-Jones, C. V. (1988). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. Journal of Abnormal Child Psychology, 16(3), 263-273.

Barrera, M. Jr, & Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology, 20(1), 1-16.

- Beck, A. T. (1967). Depression : Clinical, experimental, and theoretical aspects. New-York : Hoeber.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New-York : International Universities Press.
- Beck, A. T. (1978). Depression inventory. Philadelphia : Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1993). Dysfonctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. Suicide and Life-Threatening Behavior, 23(1), 11-20.
- Bergeron, L., Valla, J. P., & Breton, M. D. (1992). Pilot study for the Quebec child mental health survey : Part I. Measurement of prevalence estimates among six to 14 year olds. Canadian Journal of Psychiatry, 37, 374-380.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagan, A., Sanchez-Lacay, A., & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. Archives of General Psychiatry, 45, 1120-1126.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Revue canadienne des sciences du comportement, 14, 211-218.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. Journal of Abnormal Psychology, 104(3), 431-435.
- Brown, G. W., Harris, T. O. (1978). Social origins of depression. Londres : Tavistock.
- Carlson, G. A., Garber, J. (1986). Developmental issues in the classification of depression in children. Dans Rutter, M., Izard, C. E., & Read, P. B. (Éds), Depression in young people : developmental and clinical perspectives. New-York : Guilford Press.
- Cloutier, R. (1982). Psychologie de l'adolescence. Chicoutimi : G. Morin
- Cohen, S., Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. Journal of Applied Social Psychology, 13, 99-125.

- Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310-357.
- Coie, J. D., Lochman, J. E., Terry, R., & Hyman, C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer rejection. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(5), 783-792.
- Compas, B. E., Slaving, L. A., Wagner, B. M., & Vannatta, K. (1986). Relationship of life events and social support with psychological dysfunction among adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 15, 205-221.
- Connelly, B., Johnston, D., Brown, I. D. R., Mackay, S., & Blackstock, E. G. (1993). The prevalence of depression in a high school population. Adolescence, 28, 149-158.
- Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent, D., & Janiszewski, S. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care. Archives of General Psychiatry, 45, 1107-1116.
- Crits-Christophe, K., & Procidano, M. E. (1988). Dimensions of social support, stress, and symptomatology among chronic schizophrenics : An examination of the buffering hypothesis. Manuscrit soumis pour publication.
- Cytryn, L., McKnew, D. H. (1972). Proposed classification of childhood depression. American Journal of Psychiatry, 129, 149-155.
- Dalley, M. B., Bolocofsky, D. N., Alcorn, M. B., & Baker, C. (1992). Depressive symptomatology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. School Psychology Review, 21(3), 444-458.
- Delay, J. (1961). Les dérèglements de l'humeur. Paris : Les presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1946).
- Dobson, K. S., & Breiter, H. J. (1983). Cognitive assessment of depression : reliability and validity of three measures. Journal of Abnormal Psychology, 92(1), 107-109.
- Eaves, G., & Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. Journal of Abnormal Psychology, 93(1), 31-40.

- Eisemann, M. (1985). Depressed patients and non-psychiatric controls : discriminant analysis on social environment variables. Acta Psychiatrica Scandinavica, 71, 495-498.
- Eisemann, M. (1986). Social class and social mobility in depressed patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 73, 399-402.
- Eskin, M. (1993a). Reliability of the turkish version of the Perceived Social Support from Friends and Family Scales, Scale for Interpersonal Behavior, and Suicide Probability Scale. Journal of Clinical Psychology, 49(4), 515-522.
- Eskin, M. (1993b). Swedish translations of the Suicide Probability Scale, Perceived Social Support from friends and Family Scales, and the Scale for Interpersonal Behavior : A reliability analysis. Scandinavian Journal of Psychology, 34, 276-281.
- Féline, A., Hardy, P., & De Bonis, M. (1991). La dépression : études. Paris : Masson.
- Ferraro, L., & Procidano, M. E. (1986). A longitudinal examination of the buffering hypothesis. Communication présentée au congrès annuel de « l'American Psychological Association ». Washington, DC.
- Flemming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders : A critical Review. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29(4), 571-580.
- Freden, L. (1982). Aspects psychosociaux de la dépression. Bruxelles : John Wiley & sons Ltd.
- Friedrich, W. N., Reams, R., & Jacobs, J. H. (1988). Sex differences in depression in early adolescents. Psychological Reports, 62, 475-481.
- Gamache, N. (1995). L'attachement parental, le fonctionnement familial et la dépression chez des adolescentes résidant en centre d'accueil. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Gamache, N., & Marcotte D. (1995). L'attachement parental, le fonctionnement familial et la dépression chez des adolescentes résidant en centre d'accueil. Affiche présentée au 18e congrès annuel de la Société Québécoise de Recherche en Psychologie. Ottawa : octobre.

- Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 102(1), 47-57.
- Garrison, C. Z., Schoenbach V. J., & Kaplan, B. H. (1985). Depressive symptoms in early adolescence. Dans Dean, A. (Éd.). Depression in multidisciplinary perspective. (pp. 60-82). New-York : Brunner-Mazel.
- Glaser, K. (1974). Masked depression in children and adolescents. Developmental and Medical Child Neurology, 16, 340-349.
- Goodyer, I. M. (1995). The depressive child and adolescent : developmental and clinical perspectives. Cambridge : University press.
- Gosselin, M.-J. (1995). Étude de la dépression chez les adolescents en regard de l'appréciation subjective de l'habileté de résolution de problèmes personnels et des événements de vie stressants. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Gosselin, M.-J., & Marcotte D. (1997). Le rôle de l'appréciation subjective de l'habileté de résolutions de problèmes dans la dépression chez les adolescents. Science et comportement, 25(3), 280-295.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Rohde, P., & Redner, J. E., (1993). Negative cognitions and attributional style in depressed adolescents : An examination of stability and specificity. Journal of Abnormal Psychology, 102(4), 607-615.
- Greenberg, M. T., Siegel, J. M., & Leitch, C. J. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 12(5), 373-386.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. Psychological Bulletin, 110(2), 215-236.
- Haley, G. M. T., Fine, S., Marriage, K., Moretti, M. M., & Freeman, R. J., (1985). Cognitive bias and depression in psychiatrically disturbed children and adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 53(4), 535-537.
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. Journal of Abnormal Psychology, 95(1), 52-59.

- Kandel, D. B., Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents, Archives of General Psychiatry, 39, 1205-1212.
- Kashani, J. H., Burbach, D. J., Rosenberg, T. K. (1988). Perception of family conflict resolution and depressive symptomatology in adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 42-48.
- Kashani, J. H., McGee, R. O., Clarkson, S. E., Anderson, J. C., Walton, L. A., Williamson, S., Silva, P. H., Robins, A. J., Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1983). Depression in a sample of 9-year-old children. Archives of General Psychiatry, 40, 1217-1223.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.
- Kuiper, N. A., Olinger, L. J., Martin, R. A. (1988). Dysfunctional attitudes, stress and negative emotions. Cognitive Therapy and Research, 12, 6, 533-547.
- Larousse (1991). Grand dictionnaire de la psychologie. Paris : Larousse.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In Friedman, R. J., & Katz, M. M. (Éds), The psychology of depression : Contemporary theory and research. Washington : Winston.
- Lyons, J.S., Perrotta, P., & Hancher-Kvam, S., (1988). Perceived social support from family and friends : Measurement across disparate samples. Journal of Personality Assessment, 52(1), 42-47.
- Mann, J. J. (1988). Phenomenology of depressive illness. New-York : Human science press, inc.
- Manning, L. (1983). Three myths concerning adolescence. Adolescence, 18, 823-829.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. Revue québécoise de psychologie, 16(3), 109-132.

- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. Adolescence, 31(124), 935-954.
- Marcotte, D., Baron, P. (1993). L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotive-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs du milieu scolaire. Revue canadienne de counseling, 27(2), 77-92.
- Marton, P., Churchard, M., & Kutcher, S. (1993). Cognitive distortion in depressed adolescents. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 18(3), 103-107.
- Mastraopolo, C. (1971). Depressions and adolescence. Dans Ansell, A.-L. (Éd). États dépressifs chez l'enfant et l'adolescent. (pp.289-295). Stockholm : Almqvist & Wiksell.
- McKeon, P. (1989). La dépression et les troubles de l'humeur. Paris : Éditions Carrere.
- Nelson, L. D., Stern, S. L., & Cicchetti, D. V. (1992). The Dysfunctional Attitude Scale : How well can it measure depressive thinking? Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 14, 217-223.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., Links, P. S., Cadman, T. D., Byles, J. A., Crawford, J. W., Blum, H. M., Byrne, C., Thomas, H., & Woodward, C. A. (1987). Ontario child health study : II. Six month prevalence of disorder and rates of service utilization. Archives of General Psychiatry, 44, 832-836.
- Oliver, J. M., & Baumgart, E. P. (1985). The Dysfunctional Attitude Scale : Psychometric properties and relation to depression in an unselect adult population. Cognitive Therapy and Research, 9(2), 161-167.
- Orth-Gomer, K., Unden, A. L. (1987). The measurement of social support in population surveys. Social Science and Medicine, 24, 83-94.
- Oster, G. D., & Caro, J. E. (1990). Understanding and treating depressed adolescents and their families. New-York : John Wiley & sons.
- Palmonari, A., Kirchler, E., & Pombeni, M. L., (1991). Differential effects of identification with family and peers on coping with developmental tasks in adolescence. European Journal of Social Psychology, 21, 381-402.

- Peselow, E. D., Robins, C., Block, P., Barouche, F., Fieve, & R. R. (1990). Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. American Journal of Psychiatry, 147(4), 439-444.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. American Psychologist, 48(2), 155-168.
- Peterson, A., & Hamburg, B. (1986). Adolescence : A developmental approach to problems and psychopathology. Behavior Therapy, 17, 480-499.
- Pharand, G. R. (1990). Depressive symptomatology in high school students : A multivariate analysis of stressful life events and adaptative resources. Affiche présentée au congrès annuel de la « Canadian Psychological Association ». Ottawa : juin.
- Poulin, N., Couturier, C., & Cossette, L. (1996). L'ajustement psychologique et l'expérience émotive à l'adolescence. Affiche présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Trois-Rivières.
- Procidano, M. E. (1992). The nature of perceived social support : findings of meta-analytic studies. Dans Spielberger, C. D. et Butcher J. N. (Éds). Advances in personality assessment, vol. 9 (pp.1-125). New-Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Procidano, M. E., Guinta, D. M., & Buglione, S. A. (1988). Perceived social support and subjective states in urban, adolescent girls. Communication présentée au congrès annuel de « l'American Psychological Association ». Atlanta, GA.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family : Three validation studies. American Journal of Community Psychology, 11(1), 1-24.
- Provost, M., A., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (1994). Guide de présentation d'un rapport de recherche. Trois-Rivières : Les éditions SMG.
- Puig-Antich, J. (1982). The use of RDC criteria for major depressive disorder in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 291-293.
- Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Luckens, E., Todak, G., Ambrosini, P., Rabinovich, H., & Nelson, B. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32(2), 244-253.

- Puig-Antich, J., Luckens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J., Todak, G., (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. Archives of General Psychiatry, 42, 500-507.
- Radloff, L. S. (1991). The use of the center for epidemiologic studies depression scale in adolescents and young adults. Journal of Youth and Adolescence, 20(2), 149-165.
- Reynolds, W. M. (1992). Depression in children and adolescents. Dans Reynolds, W. M. (Éd.), Internalizing disorders in children and adolescents. New York : Wiley and Sons.
- Reynolds, W. M., (sous presse). Depression in adolescents : Contemporary issues and perspectives. Dans Ollendick, T. H. & Prinz, R. J. (Éds), Advances in Clinical Child Psychology. New York : Plenum.
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood : a survey of some pertinent contributions. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 5, 653-685.
- Rude, S. S., & Burnham, B. L. (1993). Do interpersonal and achievement vulnerabilities interact with congruent events to predict depression? Comparison of DEQ, SAS, DAS, and combined scales. Cognitive Therapy and Research, 17(6), 531-548.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. F., & Yule, W. (1976). Adolescent turmoil : Fact or fiction? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 17, 35-56.
- Sahin, N. H., & Sahin, N. (1992). How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? British Journal of Medical Psychology, 65, 17-26.
- Sandler, J., Joffe, W. G. (1965). Notes on childhood depression. Londres :
- Sarason, I. G. (1988). The sense of social support. Communication présentée au congrès annuel de « l'American Psychological Association ». Atlanta, GA. .
- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures : Theoretical and practical implications. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 813-832.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness : On depression, development, and death. San Francisco : Freeman.

- Siegel, L. J., & Griffin, N. J. (1984). Correlates of depressive symptoms in adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 13, 475-487.
- Silverstein, H. (1990). Teenage depression. New-York : Franklin Watts.
- Stark, K. D. (1990). Childhood depression : School-based intervention. New-York : Guilford.
- Strober, M. (1986). Psychopathology in adolescence revisited. Clinical Psychology Review, 6, 199-209.
- Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 482-483.
- Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 10, 277-284.
- Tessier, N. (1993). Relations entre les comportements coercitifs, le stress et le soutien social. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Thurber, S., Crow, L. A., Thurber, J. A., & Woffington, L. M. (1990). Cognitive distortions and depression in psychiatrically disturbed adolescent inpatients. Journal of Clinical Psychology, 46(1), 57-60.
- Toolan, J. M. (1960). Depression in children and adolescents. Présenté au congrès annuel de 1960.
- Vazquez, C., Ring, & J. M. (1993). Altered cognitions in depression : are dysfunctional attitudes stable? Personality Individual Differences, 15(4), 475-479.
- Vernberg, E. M. (1990). Psychological adjustment and experiences with peers during early adolescence : Reciprocal, incidental, or unidirectional relationships? Journal of Abnormal Child Psychology, 18(2), 187-198.
- Weissman, A. N., Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale : A preliminary investigation. Communication présentée au congrès annuel de « l'American Educational Research Association ». Toronto, ON.
- Wethington, E., Kessler, R. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behavior, 27, 78-89.

- Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment : a test of the buffering hypothesis. American Journal of Community Psychology, 9(4), 371-386.
- Williams, S., McGee, R., Anderson, J., & Silva, P. A. (1989). The structure and correlates of self-reported symptoms in 11-year-old children. Journal of Abnormal Child Psychology, 17(1), 55-71.
- Wolf, B. M., Procidano, M. E., & Raps, C. (1983). Perceived social support and post-traumatic stress syndrome among Vietnam veterans. Communication présentée au congrès annuel de « l'American Psychological Association », Anaheim, CA.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1986). Dysfunctional attitudes in endogenous and nonendogenous depressed inpatients. Cognitive Therapy and Research, 10(3), 339-346.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C., & Wilson, S. (1986). Dysfunctional attitudes and attribution style in health controls and patients with schizophrenia, psychotic depression, and nonpsychotic depression. Journal of Abnormal Psychology, 95(4), 403-405.
- Zuroff, D. C., Igreja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency and self-criticism as predictors of depressive mood states : a 12-month longitudinal study. Cognitive Therapy and Research, 14(3), 315-326.

Appendices

Appendice A
Formulaire de consentement des adolescents

Bonjour,

Nous venons te demander de participer à une étude réalisée par des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette recherche vise à connaître les opinions des adolescents à propos de divers aspects de leur vie (ex.: les sentiments que tu vis, ta façon de penser, ta relation avec tes amis et ta famille, etc.). Pour ce faire, nous te demandons de compléter les cinq questionnaires suivants. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. **C'est ton opinion qui est importante.**

Lorsqu'un chercheur de l'Université réalise une recherche, l'université exige le consentement écrit des participants afin d'assurer la protection, le respect et la confidentialité. Les réponses que tu fourniras aux questionnaires seront traitées de façon confidentielle. Aussi, tu peux décider de terminer ta participation à cette étude en tout temps. Afin de signifier ton consentement à participer à cette étude, nous te demandons de signer la présente lettre. Si tu désires obtenir davantage d'informations sur cette étude, nous serons heureux de répondre à tes questions. Tu peux nous joindre au numéro de téléphone fourni au bas de cette lettre.

Nom: _____

Date: _____

Signature: _____

Merci beaucoup de ta collaboration.,

Sylvie Sicotte
Étudiante - Maîtrise en psychologie
683-8497

Appendice B
Formulaire de consentement des parents

Madame, Monsieur,

Une étude réalisée par des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières se déroulera sous peu à l'école que fréquente votre enfant. Cette recherche vise à connaître les opinions et les modes de pensée des adolescents face à divers aspects de leur vie (ex.: les sentiments, les amis, etc.). Nous rencontrerons les élèves dans le cadre des cours réguliers et nous leur demanderons de compléter cinq questionnaires, ceci pendant une période maximale de 60 minutes.

Lorsqu'un chercheur de l'Université réalise une recherche, l'université exige le consentement écrit des participants ou de leurs parents (pour les adolescents de 13 ans et moins) afin d'assurer la protection, le respect et la confidentialité. Les réponses fournies aux questionnaires seront traitées de façon anonyme et confidentielle. Aussi, votre garçon, votre fille ou vous-même pouvez décider de terminer sa participation à cette étude en tout temps. Afin de signifier votre consentement à ce que votre adolescent participe à cette étude, nous vous demandons de signer la présente lettre. Si vous désirez obtenir davantage d'informations sur cette étude, nous serons heureux de répondre à vos questions. Vous pouvez nous joindre au numéro de téléphone fourni au bas de cette lettre.

J'autorise la participation de mon fils ou ma fille à cette étude:

Signature des parents: _____

Je refuse la participation de mon fils ou ma fille à cette étude:

Signature des parents: _____

Nom de l'adolescent(e): _____

Date: _____

Merci beaucoup de votre collaboration.,

Sylvie Sicotte

Étudiante - Maîtrise en psychologie
683-8497